



Volúmen 3 - Número 2
julio – diciembre 2023

Salud Colectiva y Buen *Vivir*

Revista de la Universidad de las Ciencias de la Salud
"Hugo Chávez Frías"
ISSN: En trámite - Depósito Legal: DC2017001635



Salud Colectiva y Buen Vivir es la Revista de la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, editada y publicada semestralmente en formato electrónico es una publicación científica arbitrada e interdisciplinaria, cuyo propósito es promover la divulgación de conocimientos y saberes en los distintos campos y disciplinas de las ciencias de la salud y otras disciplinas afines en el país y la región; así como, promover la reflexión y discusión de la producción científica a través del intercambio y socialización del conocimiento, con la finalidad de dotar de fundamentación estratégica la toma de decisiones en políticas, programas y acciones de la salud colectiva, para la transformación integral de la práctica social en salud, contribuir al Buen Vivir y fortalecer el Sistema Público Nacional de Salud.



Dirección:

Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, Avenida San Martín con calle Sur, frente al edificio INCES, antiguo edificio de la Maternidad Concepción Palacios, Distrito Capital, Venezuela 1010.
Correo Electrónico: revistascbv.ucs@gmail.com
Portal web: www.ucs.gob.ve
Indizada: En trámite

EQUIPO EDITORIAL

COMITÉ EDITORIAL HONORARIO FUNDADOR

Carlos Humberto Alvarado González.
Marlene Yadira Córdova.
Marta Rodríguez.
Joel Caraballo.
María E. Martínez

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONALES

Francisco Armada, Instituto Suramericano de Gobiernos de Salud (ISAGS), UNASUR.
Pedro Luis Castellanos, Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), República Dominicana.
Eduardo Alemañy, Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana, Cuba.
Pastor Castell-Florit, Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (Ensap), Cuba.
Francisco Rojas Ochoa, Revista Cubana de Salud Pública, Cuba. Mario Hernández, Universidad Nacional de Colombia (UNAL), Colombia.
Nila Heredia, Organismo Andino de Salud. Convenio “Hipólito Unanue” (ORAS-CONHU).

NACIONALES

Francisco González, Universidad Centro Occidental “Lisandro Alvarado” (UCLA).
Pasqualina Curcio, Universidad “Simón Bolívar” (USB).
Norma Núñez, Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV).
Rosicar Mata, Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV).
Julio Vivas, Fundación Instituto de Estudios Avanzados (IDEA).
Noly Fernández, Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
Joel Caraballo, Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
José Mata Esayag, Ministerio del Poder Popular para Educación Universitaria, Ciencia y Tecnología (MPPEUCT).
Miriam Morales, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).
María Esperanza Martínez, Universidad Central de Venezuela (UCV).
Palmira Guevara, Universidad Central de Venezuela (UCV).
Sergia Cubillan, Universidad Central de Venezuela (UCV).
Nilia Rodríguez, Universidad Central de Venezuela (UCV).
Lesbia Muro, Universidad Central de Venezuela (UCV).
Eric Omaña, Universidad Central de Venezuela (UCV).
María Naranjo, S. A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” (IAE).
Daisy Camacaro, S. A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” (IAE).
Yvonne Guédez, S. A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” (IAE).
Oscar Feo I., Universidad de Carabobo.
Carlos Botto, Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar” (SACAICET).
Magda Magris, Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar” (SACAICET).
América Perdomo, Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar” (SACAICET).
Gregorio Sánchez Salamé, Servicio Autónomo Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar” (SACAICET).
Ana Yadira Montenegro, Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS).
Freddy Mejías Guerra, Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS).
Nixon Contreras, Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS).
Antonio Torres, Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS).
Fedor Taipe, Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS).
Iris Mota, Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS).
Marelia Guillén, Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS).
Leonor Franco, Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS).
Tulia Hernández, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Depósito Legal: dc2017001635

ISSN versión en línea: En trámite

Editada por: La Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS “Hugo Chávez Frías”) a través de la Dirección General de Creación, Aplicación y Socialización del Conocimiento (DGCASC), adscrita al Vicerrectorado de la Universidad.

Copyright

La DGCASC suscribe entonces el criterio de Acceso Abierto para la revista Salud Colectiva y Buen Vivir en aras de contribuir a la socialización y libre acceso al conocimiento y según lo establecido en la legislación venezolana autoriza para fines didácticos y de investigación, la reproducción y traducción de trabajos publicados bajo la licencia Creative Commons con el único requisito de que sea citada como fuente la revista Salud Colectiva y Buen Vivir y no se utilice con fines comerciales. La revista no cobrará ningún tipo de estipendio a los autores para la publicación de sus artículos, ni retendrá los derechos de reproducción (copyright), por lo tanto, los artículos podrán volver a ser publicados después de su publicación en La Revista, mencionando siempre la fuente original de su publicación



COORDINACIÓN EDITORIAL

Dirección Editorial:

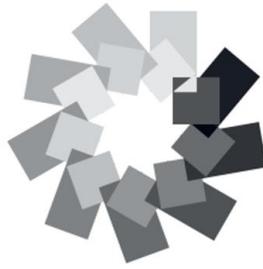
Dirección General de Creación, Aplicación y Socialización del Conocimiento, UCS.

Coordinadora Editorial:

Tania Bernal Directora General de Creación, Aplicación y Socialización del Conocimiento, UCS.

Concepto Gráfico y Diagramación:

Tania Bernal Directora General de Creación, Aplicación y Socialización del Conocimiento, UCS.



Salud Colectiva y Buen Vivir

Volúmen 3 - Número 2
Julio - Diciembre 2023

CONTENIDO

EDITORIAL

LA UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD “HUGO
CHÁVEZ FRÍAS” ORIENTADA HACIA LA FORMACIÓN
INTEGRAL

5

Bernal S. Tania

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

IMPORTANCIA DEL MÉTODO CLÍNICO EN EL PROGRAMA
NACIONAL DE FORMACIÓN DEL MÉDICO INTEGRAL
COMUNITARIO

9

Santana G. Pedro
Falcón T. Lourdes
González S. Sailé
Cuenca M. Yunia

ARTÍCULO CIENTÍFICO

FORMACIÓN MÉDICA EN GUÁRICO POR LA
UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD “HUGO
CHÁVEZ FRÍAS”

22

Díaz M. María
Falcón S. Jorge

CONTENIDO

ARTÍCULO CIENTÍFICO

REHABILITACIÓN EN PACIENTES POST COVID-19
DE UN CONSULTORIO MÉDICO DE LA
PROVINCIA SANTIAGO DE CUBA, CUBA

Pacios D. Juan
Barroso F. Miguel
Godínez L. Reinolys
Fajardo L. Thalía
Gamboa A. Gerson
Fernández S. Raiza

39

ARTÍCULO CIENTÍFICO

PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EL DISEÑO E
IMPLEMENTACIÓN DE SITUACIONES PROBLÉMICAS DE
FARMACOLOGÍA CLÍNICA

Milián V. Pedro M.
Dueñas P. Yeni
Marrero M. Lester
Mendoza M. Norlie
Vázquez M. Lidia

51

TEMAS DE INTERÉS

UN ACERCAMIENTO AL DESARROLLO DE LAS JORNADAS
CIENTÍFICAS DE LA UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS DE LA
SALUD DE VENEZUELA

Bernal s. Tania

70

NORMAS DE PUBLICACIÓN

73





LA UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD “HUGO CHÁVEZ FRÍAS” ORIENTADA HACIA LA FORMACIÓN INTEGRAL

The University of Health Sciences "Hugo Chávez Frías" oriented towards integral education

La educación universitaria en ciencias de la salud constituye un campo dinámico y complejo que enfrenta constantes desafíos y oportunidades en un mundo globalizado y cambiante. Se ha caracterizado por transformaciones permanentes en las que se han insertado acciones innovadoras dentro de las tradiciones educativas (González-Flores y Luna, 2010; Sarcolira, 2016) para propiciar la calidad de los procesos formativos y el egreso de profesionales integrales, con la adecuada preparación científico técnica y un elevado componente humano que permita la atención y la satisfacción de los pacientes, las familias y las comunidades.

La Organización Panamericana de la Salud advierte que entre los efectos negativos de la pandemia COVID-19 se incluye la prestación y la calidad de los servicios de salud e ilustra que el 93 % de los países de la Región continúan con reportes de interrupciones en los servicios de salud esenciales (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

La pandemia de COVID-19 demostró la importancia de contar con profesionales de la salud competentes, comprometidos y éticos, debido a que evidenció impactos perjudiciales en torno a la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud y avizoró los desafíos en la formación de grupos de profesionales (Organización Panamericana de la Salud, 2023) en función de la

mejora de su calidad, sobre todo en el primer nivel de atención.

A la luz de los aspectos descritos, la educación universitaria en Ciencias de la Salud asume múltiples retos en la contemporaneidad para responder a las exigencias sociales, entre los que se distinguen:

- Formar profesionales de la salud con una visión integral, crítica y humanista, que sean capaces de responder a las necesidades y demandas de la población, así como generar conocimientos e innovaciones para mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades.
- Incorporar valores, competencias y comportamientos que promuevan la salud y el bienestar de los educandos y que les permitan tomar decisiones informadas y establecer relaciones positivas con quienes les rodean.
- Adaptarse a los cambios y desafíos que plantea la sociedad multicultural, globalizada y digitalizada y aprovechar las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías, los medios de comunicación y las redes sociales para el aprendizaje y la comunicación.
- Fomentar la participación activa y el compromiso social de los educandos, los docentes y las instituciones educativas, con el fin de contribuir al desarrollo sostenible, la equidad, la inclusión, la diversidad y la paz.

Dentro del reto de la formación integral que se intenciona en educación universitaria en ciencias de la salud, la actividad científica constituye un elemento esencial dado que los estudiantes de pregrado y posgrado, así como los profesionales, docentes y no docentes de estas instituciones, se insertan en la búsqueda de soluciones a los problemas que identifican en su práctica habitual, mediante el uso del método científico.

Un espacio significativo para socializar resultados investigativos lo constituyen las jornadas científicas (Gómez et al., 2022; Saez et al., 2022), al representar una oportunidad para compartir experiencias, descubrimientos y aportes en el campo de la salud.

Estas jornadas propician el desarrollo de habilidades científicas, la colaboración entre la comunidad universitaria y el sistema de salud y contribuyen en la prevención y el tratamiento de enfermedades, así como el abordaje de los diferentes problemas de salud.

En este contexto, la Revista Salud Colectiva y Buen Vivir se propone también como un espacio de reflexión y difusión de las experiencias, investigaciones y propuestas que se desarrollan en el ámbito de la educación universitaria en salud, desde una perspectiva crítica, interdisciplinaria y humanista. La Revista busca contribuir al debate académico y social acerca de los retos y las oportunidades que se presentan en la formación de los futuros profesionales de la salud, así como en la actualización y el perfeccionamiento de los graduados.

En esta edición, se presenta una selección de artículos que abordan temas relacionados con la educación universitaria en salud, tales como la importancia del método clínico en la formación del Médico Integral Comunitario, el que advierte acerca del rescate del método de la profesión como método de enseñanza; las tendencias actuales de la enseñanza problémica en la formación de los profesionales de la salud, que se concreta en una propuesta metodológica para el diseño e implementación de situaciones problémicas para perfeccionar el proceso de enseñanza aprendizaje de la Farmacología Clínica y un tercer tema relacionado con el impacto de la creación de la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” en la formación de médicos integrales comunitarios y especialistas en Medicina General Integral para el Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela

Estos artículos reflejan el trabajo y el compromiso de docentes, investigadores y estudiantes de diferentes universidades e instituciones del país y de la región, que comparten sus hallazgos, reflexiones y propuestas con la comunidad científica y educativa.

Los invitamos a leerlos, comentarlos y participar en el próximo número de la Revista, mediante el envío de manuscritos, de

acuerdo con las normas de presentación que se detallan en la guía para autores. Se espera que la Revista sea de su interés y utilidad, y que contribuya al desarrollo y a la mejora de la educación universitaria en salud.

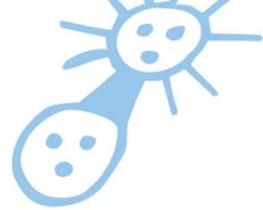
Tania Bernal Schmelzer

Directora General de Creación Aplicación
y Socialización del Conocimiento
Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gómez Torres, J., Keeling Alvarez, M., Cintado Martínez, A. M. (2022). Socialización y visibilidad de las investigaciones educativas en la universidad de Artemisa. *EduSol*, 22(79), 70-85. <https://www.redalyc.org/journal/4757/475770949006/html/>
- González-Flores, P. y Luna de la Luz, V. (2019). La transformación de la educación médica en el último siglo: innovaciones curriculares y didácticas (parte 1). *Inv Ed Med.*, 8(30), 95-109. <https://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v8n30/2007-5057-iem-8-30-95.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). CE172/14 - Política sobre el personal de salud 2030: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/ce17214-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud>
- Saez Carriera, R. S., Suarez Palacios, J. C., Ordóñez Balladares, A. D. y Guzmán Gallardo, H. G. (2022). La socialización de resultados científicos por los estudiantes de la Universidad de Guayaquil. *Revista Universidad y Sociedad*, 14(5), 441-450. <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v14n5/2218-3620-rus-14-05-441.pdf>
- Sarcolira Parodi, J. (2016). Educación en ciencias de la salud, aproximación desde una nueva mirada de la Salud Pública. *Comunidad y Salud*, 14(2), 106-113. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200013&lng=es&tlng=es.





REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

IMPORTANCIA DEL MÉTODO CLÍNICO EN EL PROGRAMA NACIONAL DE FORMACIÓN DEL MÉDICO INTEGRAL COMUNITARIO

Importance of the clinical method in the National Training Program for the Integral Community Physician

AUTORES

MSc. Pedro Luis Santana Gálvez 1

Dr. C. Lourdes Cristina Falcón Torres 2

MSc. Sailé González Salabarría 3

Dr. Yunia Cuenca Magariño 4

1 Doctor en Medicina. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba. Asesora Docente de la Universidad de las Ciencias de la Salud, Venezuela. pedroluissantanagalvez78312@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7098-4522>

2 Licenciada en Educación. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesora Titular, Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Cuba. Asesora Docente de la Universidad de las Ciencias de la Salud, Venezuela. locrifator@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1567-4310>

3 Licenciada en Educación. Máster en Ciencias de la Educación Médica. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus, Cuba. Asesora Docente de la Universidad de las Ciencias de la Salud, Venezuela. sailegaby0072@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-0937-8990>

4 Doctora en Medicina. Profesora Instructora. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba. Asesora Docente de la Universidad de las Ciencias de la Salud, Venezuela. yuniacuenca70@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0951-2179>

Autor para la correspondencia: Pedro Luis Santana Gálvez, pedroluissantanagalvez78312@gmail.com

RESUMEN

Fundamentación: el método clínico constituye el método de enseñanza adecuado para la formación de las habilidades en la toma de decisiones médicas en la carrera de medicina, representa los pasos ordenados que todo médico realiza para la obtención del diagnóstico definitivo, con un umbral de certeza adecuado basado en la recogida de datos, signos y síntomas y el uso de técnicas que van desde la anamnesis hasta las maniobras instrumentales.

Objetivo: fundamentar la consideración del método clínico como método para la enseñanza y aprendizaje de las habilidades profesionales del médico integral comunitario.

Método: se realizaron búsquedas en internet mediante buscadores especializados y los descriptores de Ciencias de la Salud durante el segundo semestre de 2023. Los métodos analítico-sintético, inductivo-deductivo y análisis documental permitieron realizar el análisis crítico de los documentos. Se recopilaron 53 publicaciones y se extrajeron las 24 empleadas. Se priorizaron las publicadas en los últimos cinco años.

Resultados: se exponen las razones del deterioro actual del método debido a la sobrevaloración de la tecnología y el papel que juega la docencia en su utilización. Durante los últimos años se ha evidenciado que no se aplica correctamente, con resultados adversos tanto para el médico como para el paciente y su familia. Constituye un tema discutible en cuanto a su vigencia o necesidad como método del actuar médico.

Conclusiones: los escenarios de formación de la Universidad de las Ciencias de la Salud poseen un elevado potencial para la sensibilización de los estudiantes y fomentar el aprendizaje del método clínico.

Palabras clave: Proceso de aprendizaje, método clínico, profesión médica, médico integral comunitario.

ABSTRACT

Foundation: the clinical method constitutes the appropriate teaching method for the training of skills in medical decision-making in the medical career, it represents the ordered steps that every doctor takes to obtain the definitive diagnosis, with an adequate threshold of certainty. Based on the collection of data, signs and symptoms and the use of techniques ranging from anamnesis to instrumental maneuvers.

Objective: to support the consideration of the clinical method as a method for teaching and learning the professional skills of the Integral community physician.

Method: Internet searches were carried out using specialized search engines and Health Sciences descriptors during the second semester of 2023. The analytical-synthetic, inductive-deductive and documentary analysis methods allowed for the critical analysis of the documents. 53 publications were collected and the 24 used were extracted. Those published in the last five years were prioritized.

Results: the reasons for the current deterioration of the method due to the overvaluation of technology and the role that teaching plays in its use are presented. In recent years it has become evident that it is not applied correctly, with adverse results for both the doctor and the patient and their family. It constitutes a debatable issue regarding its validity or necessity as a method of medical action.

Conclusions: the training scenarios of the University of Health Sciences have a high potential for raising student awareness and promoting learning of the clinical method.

Keywords: Learning process, clinical method, medical profession, Integral community physician.

INTRODUCCIÓN

Un aspecto importante en la preparación científico-técnica de los educandos radica en el conocimiento y dominio del método clínico, el cual constituye el método de trabajo del facultativo para la atención a individuos enfermos en su desempeño profesional. Por tal razón, la sociedad contemporánea exige a las universidades médicas lograr su aprendizaje por los estudiantes debido a la crisis o efectos negativos que genera la no observancia de su enseñanza para la adecuada actuación médica, la salud del paciente y la calidad de los sistemas de salud.

El método clínico es el proceso o la secuencia ordenada de acciones que profesionales de la medicina han desarrollado para generar su conocimiento desde el comienzo de la era científica. Es el método científico aplicado a la práctica clínica para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica. Con su aplicación se elabora y construye el conocimiento médico, el que tiene una connotación histórico-social porque el "proceso de conocer" depende del tiempo y del espacio de una sociedad,

lo que evidencia la importancia que se considere como política en el proceso de enseñanza-aprendizaje de las universidades médicas.

Cabe destacar que este método, surgido en la antigua Grecia con la escuela Hipocrática de Medicina, establece una vía a seguir para asistir al enfermo, en el que la clínica tiene un lugar relevante en la búsqueda del diagnóstico médico. Para entender su importancia, debe quedar claro que el objetivo de la atención al individuo enfermo es la curación y para lograrlo se debe encontrar el diagnóstico correcto, así como prescribir el tratamiento adecuado para el problema de salud de que adolece cada paciente (Goderich, 2017; Benítez et al., 2023).

El término clínica hace alusión a todos aquellos datos sugestivos de la enfermedad y que son obtenidos mediante el interrogatorio y el examen físico que se da en el transcurso de la relación médico-paciente, en contraposición a toda aquella información de utilidad para el diagnóstico de la enfermedad que es obtenida a través de pruebas o exámenes complementarios (Goderich, 2017).

Según Goderich (2017), no se puede olvidar que este método no solo se limita al diagnóstico, sino también influye en la terapéutica, el pronóstico y la profilaxis aplicable a la consulta médica que tiene entre sus pilares básicos la relación del paciente con el médico, por lo que utiliza como herramienta de registro la historia clínica y la obtención de un diagnóstico contextualizado de la enfermedad que afecta al individuo.

En opinión de los autores, el método clínico es de uso apreciable porque facilita la atención integral del paciente, orientada a la prevención, curación y mantenimiento de la salud, no lo sustituye ninguna tecnología de lo cual deben estar conscientes los profesionales de la salud que deseen brindar una asistencia médica esmerada a los pacientes.

Se considera, además, que la enseñanza del método clínico como categoría fundamental en las ciencias clínicas favorece su dominio y a la sistematización de aquellas habilidades que en forma de sistema se integran en la ejecución de este. Desde el punto de vista didáctico, el aprendizaje de habilidades requiere de una orientación apropiada, una demostración adecuada, una ejercitación suficiente tanto supervisada como independiente, y un control permanente. Violentar estos momentos didácticos en la formación de habilidades tiene consecuencias negativas para el proceso docente (Corona y Fonseca, 2019).

En correspondencia con lo señalado anteriormente, se opina que la crisis existente en la enseñanza y aplicación del método clínico, como método de la profesión tiene consecuencias preocupantes en el actuar médico y repercute de forma negativa en la formación de los nuevos profesionales de la salud y

Venezuela no escapa ante esta problemática.

Esta investigación tiene como objetivo fundamentar la consideración del método clínico como método para la enseñanza del aprendizaje de las habilidades profesionales del médico integral comunitario, de modo que se evidencia su utilidad en la formación de un profesional con los conocimientos, habilidades y valores necesarios para solucionar los problemas de salud identificados en los individuos.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos disponibles en EBSCO, LILACS, SciELO, PubMed, la Biblioteca Virtual de Salud y Google Académico, relacionados con los descriptores aprendizaje, método clínico, profesión médica, que permitió la recolección, selección, análisis y presentación de los resultados pertinentes sobre el tema. De 75 artículos revisados se seleccionaron 24 que cumplieron con los criterios de la temática a estudiar, haciendo análisis, síntesis, deducción, inducción de la información. Se consideraron las investigaciones publicadas en los últimos cinco años o que por su relevancia mantuvieran vigencia, aunque estuvieran fuera de este tiempo. La investigación cumplió con las declaraciones éticas para este tipo de estudio.

DESARROLLO

Un aspecto relevante para el médico integral comunitario es el conocimiento y dominio del método clínico, devenido en método de trabajo para atender a los enfermos. No importa la especialidad médica que ejercerá, en este sentido, se opina que el método clínico como método

de enseñanza en la formación de este profesional revela las habilidades requeridas para intervenir sobre su objeto de trabajo, además de permitir el modo de actuación.

Como plantean Corona y Fonseca (2019), todo médico o estudiante de medicina entregado a la atención de pacientes comprende que a través de sus vivencias, la relación determinante que se establece entre el grado de dominio con que ejecuta el método de trabajo, el método clínico, y la calidad y el éxito de su gestión asistencial, logra la satisfacción de sus pacientes, así como su propia realización personal en el plano profesional.

Lo antes descrito revela la importancia del método clínico y que los conocimientos teóricos son fundamentales para la práctica de este porque si no se conocen los síntomas de las enfermedades, sus factores de riesgo o sus elementos epidemiológicos, no habrá manera de realizar un interrogatorio adecuado al paciente; si no se conocen suficientemente los signos de las afecciones, no se sabrá qué buscar al examen físico del enfermo, de la misma manera que si solo se conocen cinco causas de una entidad, esas cinco causas podrán aparecer en el listado mental de hipótesis diagnósticas a considerar en un paciente con alguna manifestación clínica (Corona y Fonseca, 2015; Corona y Fonseca, 2019).

Los conocimientos se configuran y enriquecen con la práctica; en la conformación de la base teórica inicial del estudiante de medicina juega un papel protagónico el estudio de la literatura científica, tanto básica como complementaria, pero su aplicación en la práctica médica es esencial para lograr modos de actuación profesionales satisfactorios. Esta idea exige considerar en

la concepción y gestión del proceso de enseñanza y aprendizaje de los galenos que el estudiante sea el protagonista del proceso y el profesor un elemento primordial para guiar el aprendizaje. Está demostrado por vivencias documentales y personales que los educandos adquieren en gran medida las actitudes de sus profesores, pueden ser el reflejo de los que los enseñan (Corona y Fonseca, 2015).

Actualmente, se alude a una crisis en la aplicación del método clínico, habría que preguntar si en verdad las carencias redundan en la formación, es decir, en la manera de enseñarlo a los estudiantes. Quizás pueda estar esta carestía en el docente noble, que hoy se dedica a esa labor, debido principalmente a su falta de experiencia.

Vale señalar que este método no puede estar ausente en el proceso de enseñanza y aprendizaje del médico integral comunitario para su aprendizaje; como habilidad generalizadora. Después de la adecuada orientación del estudiante, se hace imprescindible una intensa, aunque gradual, ejercitación grupal e individual en todos aquellos escenarios laborales que a su vez se convierten en escenarios docentes.

Existen profesores que no están enfocados en su actividad formativa hacia la enseñanza de habilidades, voluntaria o involuntariamente. Es más fácil e impresionante, a la mirada del estudiante, transmitir conocimientos que formar habilidades, enseñar a interrogar, a examinar, a razonar, a decidir, exige más planificación, más sistematicidad, más paciencia, más constancia, más consagración y puede que parezcan demasiadas exigencias (Corona y Fonseca, 2015; Goderich, 2017).

Por esta razón, aún se observan pases de visita que se convierten en conferencias al lado del enfermo o seminarios desarrollados a través de preguntas netamente reproductivas, además de una parte del profesorado que ha perdido motivación hacia la enseñanza, pero profundizar en sus causas implicaría un análisis que desborda el objetivo de esta reflexión. No obstante, el “fantasma” de la masividad pudiera estar también en relación con esta situación, entre otros factores (Goderich, 2017; Corona y Fonseca, 2019).

La atención centrada en el paciente ha demostrado generar mejores resultados en la salud de este y mayor satisfacción del personal médico que la brinda; sin embargo, su práctica requiere que los profesionales cambien el paradigma de salud-enfermedad al de las personas. Además, es necesario que el sistema cumpla con ciertas características que permitan asegurar que los médicos satisfagan las necesidades del paciente de una manera integral (Stevenson et al., 2004; Dwamena et al., 2012).

Entender al individuo en su contexto y explorar el significado que tiene la enfermedad en su vida son parte de los cambios que se plantean en la construcción del nuevo paradigma del médico integral comunitario; al entender que la enfermedad, persona y entorno no son independientes, sino que confluyen de manera conjunta, no funciona por separado, sino que son el complemento del uno para el otro, lo que determina al individuo como un ser biopsicosocial, cabe mencionar que se necesitan de los tres aspectos del modelo para que una persona sea sana (Cuba et al., 2016).

Por lo tanto, el método clínico tiene como objetivo el conocimiento del proceso salud-enfermedad del paciente; no solo involucra

el conocimiento clínico sino también epidemiológico y social, ya que para analizar una enfermedad se deben tomar en cuenta los factores asociados al paciente en el contexto biopsicosocial siendo un proceso metódico, sistemático, que evita al médico emitir afirmaciones por sentido común o falsas premisas, que, si es verdad, en algunas ocasiones pueden coincidir con la enfermedad del paciente, no es una regla (Ilizástigui y Rodríguez, 2010; García y Castorina, 2014).

El proceso de formación del médico integral comunitario en la Universidad de las Ciencias de la Salud se considera un modelo innovador de enseñanza aprendizaje porque está diseñado para que el estudiante desde sus inicios, curse las unidades curriculares de las ciencias básicas y biomédicas, mediante el vínculo de la teoría con la práctica, las cuales se desarrollan en los diferentes escenarios docentes con que cuentan, ya sean en consultorios populares, centros de diagnóstico integral o salas de rehabilitación integral.

Este sistema de formación innovador, único por su tipo en las universidades venezolanas, pretende que el estudiante desde el inicio en la carrera ejecute un conjunto de tareas docentes a partir del método clínico y las aplique en el proceso docente educativo en las disciplinas de Morfofisiología Humana, lo que permite que ponga en práctica algunas de las etapas del método clínico como por ejemplo, formulación del problema y la búsqueda de la información. Además, logra, establecer la relación médico paciente que constituye el aspecto sensible y humano de la medicina, al ser uno de los binomios más complejos.

La Universidad de las Ciencias de la Salud trabaja de manera intensa para lograr un profesional que esté capacitado para

brindar servicios integrales en los escenarios de la Atención Primaria del Sistema Público Nacional de la República Bolivariana de Venezuela o en cualquier otro país que así lo solicite. En este orden de ideas, el egresado será portador de sólidas bases científico, técnicas e investigativas, formará parte del equipo básico de salud en la Atención Primaria, en estrecho vínculo con las funciones docentes-asistenciales, administrativas e investigativas.

Por tanto, constituye una exigencia que este profesional, una vez graduado, aplique el método clínico, epidemiológico con su enfoque social, lo que implica utilizar correctamente la observación, el interrogatorio, el examen físico, el diagnóstico y el uso racional de los exámenes de laboratorios y los estudios clínicos o ambos para confirmar el diagnóstico precoz, conducta a seguir, tratamiento oportuno y la identificación de los riesgos de las personas a las cuales brinda atención médica en su comunidad.

La calidad de la atención médica prestada por el egresado no se limitará al dominio técnico y nivel de actualización en conocimientos sobre los aspectos biomédicos en las enfermedades, irá más allá y se extenderá a dimensiones morales, éticas, económicas, políticas, estéticas, religiosas y legales asociadas a la interacción con los pacientes, al poner en práctica la relación médico-paciente, constituido en el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos, que le permitirá el desempeño requerido para elevar la calidad de vida de la población y lograr mejores indicadores de salud pública.

Por todo lo antes expuesto, es necesario rescatar el adecuado empleo del método

clínico y para ello es urgente iniciar una revolución desde las universidades. La formación de las habilidades en la enseñanza clínica necesita según las concepciones expresadas, de un proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en el estudiante, que propicie un mayor aprovechamiento de las posibilidades que brindan las actividades de educación en el trabajo, con énfasis en la base orientadora de la actividad cognoscitiva por parte del profesor, la cual debe utilizar el trabajo independiente como herramienta fundamental (Guerra y Navarro, 2017; Vaca et al., 2017).

En el ámbito de la gestión del proceso docente educativo, es necesario considerar que el objeto del egresado o de la profesión, comprende tanto los modos de actuación para resolver los problemas, es decir, la manera en que el egresado resuelve los problemas, como el objeto de trabajo, que es aquel en el que se manifiestan esos problemas (Herrera, 2019).

El Programa de Formación del Médico Integral Comunitario logra en sus estudiantes, desde sus inicios, el aprendizaje del método clínico en los ciclos básico y clínico de la carrera, vínculo que permite al estudiante dominar el nivel de ejecución que le corresponde según el año académico y las habilidades declaradas en el sistema de habilidades de las distintas unidades curriculares. Al aprender a interrogar podrá aplicar de forma correcta el método clínico, de la misma manera que lo hará si aprende a examinar o a utilizar de manera adecuada el razonamiento diagnóstico (Corona y Fonseca, 2019).

La enseñanza del método clínico implica que los docentes utilicen la bondad de métodos didácticos: explicación, demostración y ejercitación para el

aprendizaje tanto de lo básico de la práctica asistencial, que es el interrogatorio, el examen físico y el razonamiento clínico, como de la motivación científica, que implica la utilización de la mejor evidencia disponible, a través de la única forma de adquirirla: la lectura crítica (Sorroza-Rojas et al., 2018; Santana, 2022).

La formación profesional de las ciencias médicas se enfrenta a nuevos desafíos definidos en la complejidad emergente del contexto mundial actual: la globalización de la economía y su impacto en la salud, el perfeccionamiento científico-técnico, los beneficios de la comunicación, el incremento cuantitativo y cualitativo de la información, además de la aparición de enfermedades complejas que demandan trascendencia (Bell-Castillo et al., 2020).

A criterios de los autores, el método clínico dota a los profesionales de la salud de conocimientos en la práctica para comprender lo que los pacientes soportan en la enfermedad, es un proceso colaborativo y mutuamente beneficioso. Brinda el poder de crear una nueva narrativa, transforma la relación médico-paciente en un diálogo continuo.

Es en la propia práctica asistencial cotidiana que acontece en los servicios ambulatorios o de hospitalización, en las consultas de urgencias en los que ocurre el vínculo del estudiante con el objeto de la profesión: el proceso salud-enfermedad que se da en un sujeto; es a la “cabecera” del paciente donde se aprende realmente la integración de las competencias profesionales como cualidad esencial del método clínico (Corona y Fonseca, 2015; Corona y Fonseca, 2019).

A este vínculo entre la actividad laboral y formativa, en la que el estudiante participa en la solución del problema del paciente y con ello aprende, se le conoce como

educación en el trabajo, el cual constituye la principal forma organizativa docente de la carrera de Medicina Integral Comunitaria.

En el ejercicio de la práctica real con los pacientes y en la ejecución del método clínico es donde el estudiante no solo integra las competencias profesionales, sino también refuerza e integra los conocimientos asociados a las habilidades, reconstruye su sistema de valores, adquiere los modos de actuación profesional y conforma su personalidad. Es oportuno recordar que la práctica médica está insertada en el complejo sistema de las relaciones humanas; el profesionalismo científico-técnico no será suficiente si no se tiene en cuenta la esencia del ser humano, o sea, su mundo interno, su subjetividad; así como su entorno, su micro y macro contexto social.

Aparicio-Martínez (2008) y Moreno-Rodríguez (2010) refieren la existencia de una crisis del método clínico que tiene consecuencias preocupantes en la profesión médica, que afecta a todos, países desarrollados y subdesarrollados, debido a un progresivo menosprecio de la clínica asociado a una creciente debilidad en el desarrollo de habilidades semiológicas y clínicas sobrevaloración de la tecnología, falta de tiempo en la consulta médica y desinterés por entablar una buena relación médico-paciente.

La llamada crisis del método clínico está encabezada por los países con poderosos recursos económicos y tecnológicos, la cual se ha profundizado y extendido a países en vías de desarrollo que, en ocasiones, no cuentan con esa tecnología o es de difícil acceso para todos los pacientes, lo que ha producido consecuencias preocupantes en el ejercicio de la medicina. Se modifican esquemas terapéuticos, se reducen las estadías hospitalarias, se añaden cambios

en los sistemas de salud del mundo y repercuten en los esquemas de enseñanza tradicionales y en el ejercicio del método clínico (Jiménez et al., 2022).

El sometimiento médico a los exámenes diagnósticos complementarios es un ejemplo de avance tecnológico con retroceso intelectual, lo cual está lejos de ser una buena combinación. Es posible que detrás de tanta solicitud de estudios complementarios exista una carencia de palabras, un silencio por lo no preguntado, lo no escuchado, lo no explicado. Se pone en consideración para la reflexión la frase de Bernard Lown: "la sangre del paciente va camino al laboratorio antes de terminar de hablar con él y mucho antes de ponerle una mano encima" (Escobar et al., 2019; Jiménez et al., 2022).

Esta crisis ha calado incluso en el interior de muchas universidades médicas, en las cuales, quizás, en los planes de estudio desempeña un papel fundamental la enseñanza y la aplicación del método clínico, pero, en el entorno diario en el que se desarrolla el estudiante durante la realización de sus prácticas, la realidad respecto al uso del método clínico sea otra (Bascó-Fuentes et al., 2017; Robert-Campanioni et al., 2017; Escobar et al., 2019).

En la crisis del método clínico se conjugan una serie de factores, entre los que se incluyen de manera significativa el inadecuado uso de los adelantos y descubrimientos científico-técnicos, los adelantos en los medios diagnósticos y la decisión de muchos profesionales de la salud de dedicar cada vez más tiempo a las responsabilidades asistenciales en detrimento de su papel como docentes clínicos. Se puede afirmar que se ha sustituido la capacidad de observar y escuchar al paciente, de razonar e

interpretar signos y síntomas, por una conducta más facilista y mercantilista, que, lejos de beneficiar, perjudica al enfermo y al sistema de salud (Guillen-León et al., 2021).

En este momento en el que el médico y los pacientes sobrevaloran el uso de la tecnología y hasta reclaman otros estudios respaldándose a veces que entre más complejidad hay más calidad, se debe recordar que se han logrado avances en el ámbito tecnológico y se han creado recursos diagnósticos y terapéuticos valiosos, que los exámenes complementarios son una fase importantísima en el proceso diagnóstico del paciente, sin embargo no es la única etapa, debe tenerse siempre presente que la realización de exámenes complementarios conlleva una responsabilidad económica extra ya sea para el paciente o para el estado, lo expone a complicaciones e iatrogenias, ansiedad y pérdida de tiempo tanto para el cómo los familiares. (Corona-Martínez, 2010).

Con esta situación podrían sentir desapego, falta de relación empática con su médico, sentirse ansiosos, ignorados o explotados económicamente y no seguir el tratamiento, así este sea el correcto, mientras que el médico puede perder la capacidad de comunicarse, transmitir interés, confianza y esperanza. Es más, toda prescripción o práctica que no esté basada en un análisis previo y este pueda ser reproducible, se hace vulnerable a la mala práctica médica, ya que ninguna técnica puede sustituir aún al pensamiento humano (Guillen-León et al., 2021).

Sin embargo, en la actualidad los médicos no tienen la misma base teórica y conceptual, cada vez más los estudiantes y residentes jóvenes optan por saltarse etapas fundamentales del método clínico para llegar sólo a la realización de

exámenes (Corona-Martínez, 2010). En otras ocasiones realizan el proceso de identificación del problema, búsqueda de información, sin embargo, obvian la etapa del análisis de la información y formulación de hipótesis diagnóstica y como resultado, se realizan una cantidad de exámenes complementarios innecesarios y sin fundamentación. (Álvarez-Sintes, 2010).

En la revisión realizada se considera que la crisis del método clínico es preocupante y gira alrededor de aspectos relacionados con el deterioro de la relación médico paciente, desestimación del valor que posee el interrogatorio y el examen físico al darle sobrestimación a la función de la tecnología.

Álvarez-Sintes (2010), señala que este problema se basa en que los programas y planes de estudios no brindan a los estudiantes conocimientos detallados de cómo se realiza el razonamiento diagnóstico y estos aprenden empíricamente, viéndolo hacer y copiando a los residentes mayores, que tampoco lo hacen adecuadamente. También hay que considerar la falta de tiempo, desinterés y pereza de los médicos que sí conocen las técnicas y sin embargo no lo realizan.

De cualquier forma, es preocupante observar la forma en que se han dejado a un segundo plano las prácticas semiológicas tradicionales y cada vez más los médicos se aferran a prescribir deliberadamente exámenes para encontrar un diagnóstico, sin previamente haber realizado el ejercicio ordenado y metódico que lleve a tener presunciones diagnósticas. Incluso, algunos médicos, actúan como si las técnicas complementarias sustituyeran al pensamiento y consideran innecesario hacer presunciones diagnósticas previas (Álvarez-Sintes, 2010).

A criterio de los autores, el método clínico es considerado en documentos metodológicos directores de la formación del médico integral comunitario como el principal método de enseñanza en la mayoría de las asignaturas del ciclo básico y clínico de esta carrera.

Por ende, cuando el médico integral comunitario desarrolla el método clínico en la atención a un paciente, emplea sus conocimientos para identificar el problema de salud, despliega diversas habilidades profesionales, comunicativas y lógicas del pensamiento para determinar el diagnóstico y la aplicación de los conocimientos relativos al tratamiento de los problemas identificados.

Corona y Fonseca (2019) afirman que nunca será excesiva cualquier reiteración de la importancia del método clínico, por lo que continúa siendo un tema medular en la docencia médica. No resulta exagerado afirmar que es el método clínico la competencia profesional suprema en el plano asistencial que todo médico debe dominar con el mayor nivel de excelencia.

Desde la perspectiva de los métodos de enseñanza de la Didáctica General y teniendo en cuenta el grado de participación de los sujetos en el proceso docente educativo, el método clínico puede ser utilizado en la práctica docente como un método de elaboración conjunta cuando estudiante y profesor interactúan en la atención a un paciente en diversos escenarios que van más allá del aula. Esto llevaría a admitir, al mismo tiempo, la necesidad de emprender y/o continuar un permanente proceso de formación en la Universidad de las Ciencias de la salud enfocado en el método clínico.

El Programa del Médico Integral Comunitario está diseñado para que el profesor pueda utilizar el método clínico

como un método productivo y creativo, permite añadir durante su utilización como método de enseñanza otros procedimientos tales como la demostración que realiza el profesor o los propios estudiantes en el seno del grupo, así como la explicación y la ejercitación en cada una de las actividades planificadas a desarrollar en la práctica docente.

Es necesario rescatar el adecuado empleo del método clínico e iniciar una revolución desde las universidades en la enseñanza del mismo desde el pregrado, para lograr la formación de las habilidades en la enseñanza clínica según las concepciones expresadas un proceso de enseñanza-aprendizaje que este centrado en el estudiante, que le facilite un mayor aprovechamiento de las posibilidades que brindan las actividades de educación en el trabajo, con énfasis especial en la base orientadora de la actividad cognoscitiva por parte del profesor, la cual debe utilizar el trabajo independiente como herramienta fundamental (Vaca et al., 2017).

La formación profesional de las ciencias médicas enfrenta nuevos desafíos definidos en la complejidad emergente del contexto mundial actual: la globalización de la economía y su impacto en la salud, el perfeccionamiento científico-técnico, los beneficios de la comunicación, el incremento cuantitativo y cualitativo de la información, además de la aparición de enfermedades complejas que demandan trascendencia (Bell-Castillo et al., 2020).

De cualquier forma, los autores insisten en prestar atención al binomio alumno-profesor en la política formativa del Médico Integral Comunitario para incidir en la que la calidad del aprendizaje del método clínico, en cuya etapa formativa es donde se debe trabajar por el rescate del método de trabajo. El reto atañe en particular a los

profesores de las ciencias médicas de la Universidad de las Ciencias de la Salud para restablecer los valores del método clínico en la formación del Médico Integral Comunitario.

CONCLUSIONES

La Universidad de las Ciencias de la Salud en su concepción formativa del Médico Integral Comunitario, basada en el vínculo del estudiante a los escenarios de la profesión, concebida desde los primeros años de la carrera, favorece la sensibilización y apropiación del método clínico por los estudiantes, los prepara, además, para enfrentar el reto de importantes problemas de salud de los pacientes, familias y comunidades, teniendo en cuenta la relación biopsicosocial y el diagnóstico clínico de los enfermos bajo su atención, de ahí la importancia de su aplicación en las condiciones económicas actuales. Con su empleo se pueden alcanzar efectos positivos en la salud y atención integral al paciente, lo que fortalece la funcionabilidad y calidad del Sistema Nacional de Salud en la República Bolivariana de Venezuela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Sintes, R. (2010). El método clínico en la práctica de la medicina familiar. *Medisur*, 8(5). <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1337>
- Aparicio-Martínez, F. (2008). Guía para el interrogatorio en la historia clínica. La evaluación de los síntomas. *Medicentro*, 12(4):1-2. <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/409/460>
- Bascó-Fuentes, E. L., Barbón-Pérez, O. G., Solís-Carta, U., Poalasin Narváez, L. A. y Pailiacho-Yucta, H. (2017). Diagnóstico de la actividad científica estudiantil en la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo. *Educ Med*, 18:154-9. <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-diagnostico-actividad-cientifica-estudiantil-carrera-S1575181317300025>
- Bell-Castillo, J., Moya-Bell, Y., George-Carrión, W. y George-Bell, M. (2020). Modelo de formación integradora en COVID 19 en la complejidad emergente del contexto. *Maestro y Sociedad*, (Número Especial 1), 199-10. <https://maestroysociedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/5189>
- Benítez Cedeño, E., Riverón Carralero, W. y Téllez Coello, R. (2023). Consideraciones actuales sobre el método clínico. *Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García"*, 11(1). <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1093/880>
- Corona Martínez, L. A. y Fonseca Hernández, M. (2015). La necesidad del método clínico y de su enseñanza. *Rev Cubana Med*, 54(3), [aprox. 6p]. http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol54_3_15/med09315.htm.
- Corona Martínez, L. A. y Fonseca Hernández, M. (2019). El aprendizaje del método clínico en la formación médica actual. Una reflexión polémica, necesaria e impostergable. *Medisur*, 17(2), 173-179. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4202/2797>
- Corona-Martínez, L. A. (2010). El método clínico como un método para el diagnóstico médico. Crítica a una concepción vigente. *Medisur*, 8(5), [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1324/6080>.
- Cuba Fuentes, M. S. y Romero Albino, Z. O. M. (2016). El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 33(4), 780-784. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2565/2462>
- Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gauden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., Lewin S., Smith, R. C., Coffey, J, Olomu, A. y Beasley, M. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12), CD003267. DOI: 10.1002/14651858.CD003267.pub2.
- Escobar Yéndez, N. V., Fong Estrada, J. A., Terazón Miclín, O., Alcaraz Agüero, M. y García Céspedes, M. E. (2019). La relación médico-paciente: ¿necesidad o conveniencia? *Revista Cubana de Medicina*, 58(1):e979. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmed/cm-2019/cm191d.pdf>

- García Palacios, M. y Castorina, J. (2014). Método clínico-crítico y etnografía en investigaciones sobre conocimientos sociales. *Cad. Pesqui*, 44(154), 1052-68. <https://www.scielo.br/j/cp/a/ksvPPFrwZnP5w6tPFbqvgrh/?format=pdf&lang=es>
- Goderich, R. (2017). El método clínico, la formación del médico y la medicina interna. Editorial Ciencias Médicas.
- Guerra, J. L. L. y Navarro, E. H. (2017). Apreciaciones acerca de la enseñanza del método clínico. *Gac méd espirit.*, 11(2), 13. <http://www.revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/864>
- Guillen-León, L. A., Campos-Sánchez, C. M., y Acosta-Escanaverino, I. (2021). Consideraciones acerca de la crisis del método clínico ante el desarrollo tecnológico. *FEM*, 24(5), 271-273. <https://scielo.isciii.es/pdf/fem/v24n5/2014-9832-fem-24-5-271.pdf>
- Herrera Miranda, G. L. (2019). Crisis del método clínico equivalente a crisis de los modos de actuación profesional del médico. *Rev Arch Med Camagüey*, 23(2), 155-158. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v23n2/1025-0255-amc-23-02-155.pdf>
- Ilizástigui Dupuy, F. y Rodríguez Rivera, L. (2010). El método clínico. *Medisur*, 8(5), 2-11 <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2017/fi171c.pdf>
- Jiménez López, M., Toledo Pimentel, B. F., Hidalgo Mesa, C. J. y Castillo Díaz, N. (2022). El método clínico en tiempos de COVID-19. *EDUMECENTRO*, 14:e2315. <https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/e2315/html>
- Moreno-Rodríguez, M. A. (2010). Crisis del método clínico. *Medisur*, 8(5), 36-40 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098007>
- Robert-Companiononi, L., Cabrera-Espinosa, O., Santiso-Ramos, M., Pérez de Corcho-Fuentes, B., Blanco-de la Paz, M. y Cardoso-Arango, E. (2017). Consideraciones científico-tecnológicas y bioéticas relacionadas con el uso indiscriminado del laboratorio clínico. *Mediciego*, 23(2). <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/655/1117>
- Santana Téllez, T. N. (2022). Estado actual del conocimiento sobre el método clínico en una universidad pública. *Arch Méd Camagüey*, 26:e9012. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100036
- Sorroza-Rojas, N. A., Barberan-Torres, J. P., Cajas-Flores, N. V., Rodríguez-Villacis, J. E., Jinez-Sorroza, B. E. y Frella-Soraya, G. L. (2018). El método clínico como método de enseñanza pedagógica. *Dom. Cien.*, 4(1), 289-297. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/741/pdf>
- Stevenson, F. A., Cox, K., Britten, N. y Dundar, Y. (2004). A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences of concordance. *Health Expect.*, 7(3), 235-45. doi: 10.1111/j.1369-7625.2004.00281.x
- Vaca Coronel, G. C., Erazo Vaca, R. X., Tutasi Benítez, R.V. (2017). Método clínico: su importancia en el desarrollo de habilidades diagnósticas en la asignatura de Medicina interna de la Carrera de Odontología. *Revista Conrado*, 13(58), 240-6. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/502/536>: 10.1002/14651858.CD003267.pub2.

Conflicto de intereses

Los autores informan que no existen conflictos de intereses que impidan la publicación de este trabajo.

Contribución de los autores

Conceptualización: Pedro Luis Santana Gálvez.

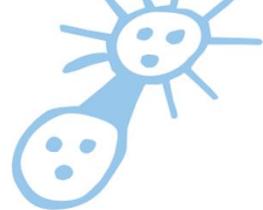
Curación de datos: Pedro Luis Santana Gálvez, Lourdes Cristina Falcón Torres, Sailé González Salabarría y Yunia Cuenca Magariño.

Análisis formal: Pedro Luis Santana Gálvez y Lourdes Cristina Falcón Torres.

Investigación: Pedro Luis Santana Gálvez, Lourdes Cristina Falcón Torres, Sailé González Salabarría y Yunia Cuenca Magariño. Metodología. María Isabel Díaz Martínez y Jorge Luis Falcón Salazar.

Redacción-borrador original: Pedro Luis Santana Gálvez, Lourdes Cristina Falcón Torres, Sailé González Salabarría y Yunia Cuenca Magariño.

Redacción - revisión y edición: Pedro Luis Santana Gálvez y Lourdes Cristina Falcón Torres

**ARTÍCULO CIENTÍFICO****FORMACIÓN MÉDICA EN GUÁRICO POR LA
UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD “HUGO CHÁVEZ FRÍAS”****Medical training in Guárico by the
“Hugo Chávez Frías” University of Health Sciences****AUTORES**

Lic. María Isabel Díaz Martínez 1

Lic. Jorge Luis Falcón Salazar 2

1 Licenciada en Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo Rivero. Municipio San Cristóbal. Provincia Artemisa. Cuba. Asesora Docente Misión Médica Cubana en el estado Guárico, Venezuela. diazmartinezmariaisabel465@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5771-4600>

2 Licenciado en Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo Rivero. Municipio San Cristóbal. Provincia Artemisa. Cuba. Asesor Docente Misión Médica Cubana en el estado Guárico, Venezuela. falconsalazar1966@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8748-0040>

Autor para la correspondencia: Lic. María Isabel Díaz Martínez, diazmartinezmariaisabel465@gmail.com

RESUMEN

Fundamento: La formación del talento humano en salud para los sistemas públicos contribuye a garantizar la excelencia en los servicios y elevar la calidad de vida de la población.

Objetivo: describir el comportamiento de la formación de profesionales médicos en el estado Guárico por la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías.

Método: estudio descriptivo efectuado durante el primer semestre de 2023 en el estado Guárico. Se realizó una revisión bibliográfica mediante el método Big 6TM para analizar el comportamiento de la formación de profesionales médicos, así como un análisis documental de bases de datos e informes del proceso docente educativo para la precisión de las variables relacionados con la formación de profesionales médicos, Médicos Integrales

Comunitarios y Especialistas en Medicina General Integral. Los datos cuantitativos se expresaron en números y por cientos y se presentaron en tablas. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos.

Resultados: la educación médica en el contexto de la Universidad de las Ciencias de la Salud de Venezuela potencia la educación en el trabajo. Es significativo el alto número de graduados logrados en el Núcleo Docente Guárico, que ha contribuido a cubrir los consultorios populares del estado.

Conclusiones: la creación de la Universidad de Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” ha sido trascendental en la formación y el egreso de un elevado número de médicos integrales comunitarios y especialistas en Medicina General Integral en el estado Guárico.

Palabras clave: Formación médica, graduados en medicina, Universidad de las Ciencias de la Salud, Venezuela, Medicina Integral Comunitaria, Medicina General Integral.

ABSTRAC

Rationale: The training of human talent in health for public systems contributes to guaranteeing excellence in services and raising the quality of life of the population.

Objective: to describe the behavior of the training of medical professionals in the Guárico state by the “Hugo Chávez Frías” University of Health Sciences.

Method: descriptive study carried out during the first half of 2023 in the Guárico state. A bibliographic review was carried out using the Big 6TM method to analyze the behavior of the training of medical professionals, as well as a documentary analysis of databases and reports of the educational teaching process for the precision of the variables related to the training of medical professionals, Integral Community

Physicians and Specialists in Integral General Medicine. Quantitative data were expressed in numbers and percentages and presented in tables. Ethical aspects were taken into account.

Results: medical education in the context of the University of Health Sciences of Venezuela enhances education at work. The high number of graduates achieved in the Guárico Teaching Center is significant, which has contributed to covering popular clinics in the state.

Conclusions: the creation of the “Hugo Chávez Frías” University of Health Sciences has been transcendental in the training and graduation of a high number of comprehensive community doctors and specialists in Comprehensive General Medicine in the Guárico state.

Keywords: Medical training, medical graduates, University of Health Sciences, Venezuela, Integral Community Medicine, Integral General Medicine.

INTRODUCCIÓN

La cobertura universal de salud se alcanza cuando todas las personas, comunidades y grupos sociales tienen acceso a los servicios de salud que necesitan, que estos servicios tienen un grado efectivo de calidad y que los usuarios no son vulnerables a las dificultades financieras debido al uso de dichos servicios (OECD/The World Bank, 2020). Para ello se precisa, además, contar con el talento humano suficiente en cantidad y calidad para que pueda desempeñarse en función

de garantizar la atención a la población en materia de asistencia sanitaria.

Desde esta perspectiva, el Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela suscribe, el 30 de octubre del año 2000, el Convenio Integral de Cooperación Venezuela-Cuba, para promover el progreso de las respectivas economías y las ventajas recíprocas de una cooperación que tenga resultados efectivos en el avance socioeconómico de los países y la integración de América Latina y el Caribe (Vargas, 2022). De modo particular, dentro

de esta cooperación, la fundación, en el año 2003, del Programa Barrio Adentro en Venezuela marcó otro hito, pues gracias a este se desplegó por toda la geografía de la nación un sistema de salud estructurado sobre la base de la Atención Primaria (Aponte Blank, 2017) e inició la formación de médicos integrales comunitarios y especialistas en Medicina General Integral para insertarse en el sistema de salud del país.

La colaboración médica cubana está presente en Venezuela y en el estado Guárico en sus 15 municipios, con 19 centros de diagnóstico integral e igual número de salas de rehabilitación, así como con instalaciones especializadas en Oftalmología y Alta Tecnología. En el territorio se trabaja de manera sistemática para cumplir con las premisas fundacionales de la colaboración antillana en Venezuela: ofrecer servicios gratuitos y de calidad, formar el relevo y atender las necesidades de los colaboradores.

Desde el inicio de la colaboración médica cubana, comienza la participación directa de los profesionales de la salud de este país como docentes y asesores en la formación de médicos integrales comunitarios y especialistas en Medicina General Integral, pero es con la creación de la Universidad de Ciencias de la Salud (UCS) “Hugo Chaves Frías” que este proceso formativo se consolida.

Esta universidad, como institución nacional experimental especializada en la formación académica de técnicos y profesionales para el Sistema Público Nacional de Salud, responsables de transformar la concepción de atención de salud, asume que la educación médica constituye un proceso de gran importancia y significación que propiciará cumplir con eficacia el encargo social en torno a la salud del pueblo venezolano que demanda el Plan de la Patria 2019-2025.

A la educación médica se le ha dedicado especial atención; tal es así que en la Conferencia de la Federación Mundial para la Educación Médica se planteó su significación e importancia, toda vez que en las condiciones actuales se erige en un proceso sustantivo encaminado al logro del desarrollo humano y a la preparación de profesionales que tienen el objetivo de promover, prevenir, restituir y rehabilitar la salud de los seres humanos que cohabitan en los contextos socioculturales (Romero, 2012).

Por tales razones, la Universidad de las Ciencias de la Salud, con vasta experiencia en la formación de médicos integrales comunitarios y especialistas en Medicina General Integral, desde su creación, se ha insertado en un proceso de perfeccionamiento de la formación del talento humano, en correspondencia con los principios de la medicina familiar, para

propiciar una formación humanista, científica y con una visión integral de los problemas de salud a los que se enfrenten sus egresados, que sean capaces de ofrecer una atención preventiva, sistemática y continua a lo largo del tiempo, de manera que su práctica médica profesional se convierta de un quehacer cotidiano y sea expresión de sus cualidades humanas ante su relación con los pacientes (Mejía et al., 2007).

A partir de los referentes expuestos, se realiza un estudio que tiene como objetivo describir el comportamiento de la formación de profesionales médicos en el estado Guárico por la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo cuali-cuantitativo en el contexto del Núcleo Docente de la UCS “Hugo Chávez Frías” en el estado Guárico, durante el primer semestre de 2023.

Se realizó una revisión bibliográfica para lo que se utilizó el método Big 6TM (Araujo, 2021), que permitió identificar, seleccionar, clasificar, analizar, sintetizar y evaluar la información necesaria para analizar el comportamiento de la formación de profesionales médicos en el mundo y de manera particular en el Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria en la República Bolivariana de

Venezuela. Las principales fuentes utilizadas fueron electrónicas, fundamentalmente de Internet, documentos rectores de la UCS “Hugo Chávez Frías”. En red, se emplearon palabras claves como formación, médicos, modelos, tendencias, particularidades, las cuales se relacionaron entre sí. Se utilizó como motor de búsqueda Google Scholar, se examinó la colección de Scielo, Medline, EBSCO y Dialnet de revistas virtuales relacionadas con el tema.

Los límites de la búsqueda para los artículos científicos y académicos fueron: publicaciones a texto completo, de los últimos 20 años, relacionados con la formación de médicos. Se analizaron cada uno de los documentos encontrados y fueron seleccionados artículos científicos, académicos y otros documentos al considerar su vigencia, actualidad y sus citas, las cuales se clasificaron según el área de correspondencia con el tema al considerar la presencia de información para las siguientes categorías: modelo de formación, modelos curriculares, enfoque, método de enseñanza/aprendizaje, tendencias de evaluación, admisión de estudiantes, vinculación teórico-práctica, forma de enseñanza, medios de enseñanza basada en las nuevas tecnologías, método de la profesión que distingue la formación, globalización y fortalecimiento de la investigación.

Como último paso de este método se realizó una evaluación de los resultados mediante el análisis directo de contenido. La información obtenida fundamentó el desarrollo del primer resultado del artículo.

Posteriormente, se utilizó el método análisis documental y dentro de los procedimientos para su concreción se efectuó una recopilación, revisión y análisis de las bases de datos de matrículas y egresados y de los expedientes académicos e informes de promoción para la identificación de las variables de interés para el estudio en el estado Guárico como matrículas y número de graduados por años académicos y las bajas para identificar los índices de retención. Se estudiaron los cursos desde el año 2017 hasta el año 2022, período a partir del cual la UCS “Hugo Chávez Frías” comenzó la gestión de la formación de médicos integrales comunitarios y especialistas en Medicina General Integral. Los datos recopilados fueron ubicados en una base de datos, procesados mediante la estadística descriptiva, y los resultados se

expresaron en número absolutos y por cientos, los que fueron ubicados en tablas para facilitar su comprensión. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos que exige este tipo de estudio.

RESULTADOS

La educación médica ha tenido que adaptarse rápidamente para satisfacer las necesidades de la sociedad. Es así como la enseñanza magistral clásica del aula de clase y el abordaje directo del paciente en la práctica clínica, se ven hoy complementados con nuevas formas de enseñanza, como las herramientas basadas en el uso de la informática, la utilización de simuladores para la adquisición de habilidades prácticas y la implementación de metodologías centradas en el estudiante que propicien su capacidad de autoformación.

Tabla No 1. Tendencias de la Educación Médica en el mundo y en Venezuela.

Categorías	Tendencias de la educación médica en el mundo	Tendencias de la Educación médica en la formación del Médico Integral Comunitario
Modelo de formación	Centrado sobre la persona	Centrado en las personas, la familia y la comunidad
Modelos curriculares	Integrados, presentación clínica/basados en las tareas	Integrados, presentación clínica/basados en las tareas
Enfoque	Auto reflexión y valoración de experiencias subjetivas	Auto reflexión y valoración de experiencias subjetivas
Método de enseñanza/aprendizaje	Aprendizaje basado en problemas	Enseñanza-aprendizaje basado en problemas de salud desde la práctica docente. Se enseña en los servicios de salud y se educa en el seno del colectivo laboral
Tendencias de evaluación	Componentes longitudinales múltiples	Centrada en la demostración de competencias y habilidades profesionales y éticas
Admisión de estudiantes	Incluye la evaluación de habilidades profesionales, comunicativas, de relaciones interpersonales, colaboración, diversidad de interés y aptitudes cognitivas. Mediante la aplicación de instrumentos de predicción.	Es inclusiva. No incluye la aplicación de instrumentos de predicción.
Vinculación teórico-práctica	Integración básico-clínica	Integración básico-clínica-comunitaria
Forma de enseñanza	Enseñanza áulica, laboratorios y educación en el trabajo	Centrada en la educación en el trabajo. Los centros asistenciales y servicios de salud constituyen los espacios de formación
Medios de enseñanza basada en las nuevas tecnologías.	Utilización de las tecnologías de la informática y las comunicaciones (TIC) y las simulaciones	Utilización de de la TIC.
Método de la profesión que distingue la formación	Método clínico-epidemiológico	Método clínico-epidemiológico con enfoque social
Globalización	Se exige dentro del currículo el aprendizaje de otros idioma	No se encuentra dentro del currículo el aprendizaje de otro idioma
Fortalecimiento de la investigación	Promueve la investigación	Promueve la investigación desde el primer año de la formación, con énfasis en el estudio y transformación de las comunidades, lo que incluye las familias y las personas

Fuente: elaborado por los autores a partir de Gutiérrez y Posada, 2004; Herrera, 2013; Patiño et al., 2018; Luna y González, 2020; Milián y Romero, 2020 y Brailovsky, 2021).

La tabla No. 1 muestra las tendencias identificadas en la formación de médicos en el mundo y de modo particular en la del Médico Integral Comunitario de Venezuela, las cuales tienen puntos de convergencia, pero advierten diferencias esenciales a partir de la concepción del currículum del Médico Integral Comunitario, el cual está centrado no solo en las personas, sino que trasciende a la familia y a la comunidad;

utiliza los escenarios asistenciales del Sistema de Salud del país como espacios de formación y defiende la educación en el trabajo como forma organizativa de relevancia para la enseñanza del método clínico-epidemiológico con enfoque social con el objetivo de que los estudiantes logren la adquisición de habilidades profesionales y una formación humanista.

Tabla No 2. Matrículas por años académicos, UCS “Hugo Chávez Frías”, estado Guárico, 2017-2022

Año	Cursos Académicos						Total
	1er	2do	3ero	4to	5to	6to	
2017	407	651	520	172	118	71	1939
2018	161	421	386	271	143	74	1456
2019	346	89	329	243	207	124	1338
2020	121	134	75	178	181	184	873
2021	191	92	122	62	172	174	813
2022	221	167	103	102	75	157	825
Total	1447	1554	1535	1028	896	784	7244

Por su parte, la tabla No. 2 ilustra el comportamiento de las matrículas del período estudiado, es de señalar al curso 2017 como el de mayor matrícula, con 1939

estudiantes y al 2021 como el de la menor, con 813. También resulta relevante el alto número de estudiantes matriculados en los años estudiados, que fueron 7244.

Tabla No 3. Índice de retención escolar por años académicos, UCS “Hugo Chávez Frías”, estado Guárico, 2017-2022

AÑO	Matricula Inicial	Matrícula Final	Bajas o Licencias	% de Retención
2017	1939	1712	227	88,29
2018	1456	963	493	66,14
2019	1338	1040	298	77,72
2020	1066	873	193	81,94
2021	913	584	329	63,96
2022	825	653	172	79,15
Total	7537	5825	1712	77,28

En la tabla No. 3 se observa el comportamiento de las matriculas iniciales y finales y el índice de retención en los diferentes cursos académicos, es

significativo el del curso 2017, con un 88,29 %. Es esencial señalar que en los años de pandemia de Covid-19 se mantuvieron índices adecuados de retención.

Tabla No 4. Número de graduados como Médicos Integrales Comunitarios, UCS “Hugo Chávez Frías”, estado Guárico, 2017-2022

Años	Cohorte	No de graduados
2011	I	237
2012	II	224
2013	III	113
2014	IV	76
2015	V	62
2016	VI	46
2017	VII	56
2018	VIII	67
2019	IX	108
2020	X	187
2021	XI	172
2022	XII	149
Total	XII	1497

En la tabla No. 4 se muestra el número de graduados en las diferentes cohortes como médicos integrales comunitarios, se destaca la primera graduación con 237

médicos y el incremento nuevamente del número de graduados durante los cursos 2019, 2020 y 2021, años en los que pandemia Covid-19 estuvo presente.

Tabla No 5. Número de graduados como especialistas en Medicina General Integral, UCS “Hugo Chávez Frías”, estado Guárico, 2017-2022

Años	Cohortes	Graduados
2016	X	234
2017	XI	56
2018	XII	67
2019	XIII	39
2020	XIV	69
2021	XV	85
2022	XVI	142
Total		692

El número de graduados a partir de la X cohorte como especialistas en Medicina General Integral se presenta en la tabla No. 5. Resulta significativa la X cohorte, con el mayor número de graduados, con 234, y la cohorte XII como la de menor número, con solo 39 graduados. Se evidencia la recuperación que ha ido ocurriendo a pesar del brusco descenso de egresados, pues en el curso 2022, correspondiente a la XVI cohorte, se graduaron a 142 especialistas para la Atención Primaria. En el período estudiado, la UCS “Hugo Chaves Frías”, ha egresado 692 de estos especialistas.

DISCUSIÓN

Al realizar un análisis de las tendencias de la educación médica en el mundo y la

formación de médicos integrales comunitarios por la UCS en Venezuela, los autores consideran que existe similitud en algunas de las categorías estudiadas, dado que esta institución es una universidad relativamente joven, que se ha sustentado en los modelos actuales de formación de profesionales de salud. Tienen algunas particularidades que fortalecen el modelo que sigue, desde la opinión de los autores de este artículo, el hecho de concebir solo la aprobación de un Curso Introductorio de las Ciencias de la Salud como requisito previo para la admisión, una vez que se le otorgó por diferentes vías la carrera, constituye una garantía para nivelar a los estudiantes antes de ingresar a los estudios

de Medicina Integral Comunitaria y otras que ofrece la casa de estudio.

Los bachilleres que muestran interés en formarse como médicos ingresan en este curso que pretende fortalecer la formación académica y actualizarlos en elementos de salud para comenzar más preparados sus carrera, aspecto que en la práctica no se evidencia en otros modelos de formación revisados; además no se exige un mínimo de índice académico que esté en correspondencia con un nivel intelectual y de preparación, lo cual demuestra el carácter altamente inclusivo que sustenta el modelo de formación. Tampoco se aplican instrumentos (test predictivos) para la evaluación de habilidades intelectuales, comunicativas, de relaciones interpersonales, colaboración, diversidad de intereses y aptitudes cognitivas, estas se van fomentando durante el proceso formativo y los profesores, estudiantes y el grupo de estudiantes en general son los encargados de su desarrollo.

Los autores consideran valorar la inclusión dentro del currículo de estudio una unidad curricular de idiomas, de preferencia el idioma inglés, ya que resulta muy necesario si se desea globalizar esta carrera. El idioma Inglés les permite a los futuros médicos revisar publicaciones escritas en esta lengua y el intercambio que se debe producir entre profesionales durante la socialización de investigaciones,

misiones internacionalistas y otros espacios de intercambio.

En la contemporaneidad se busca que los programas de medicina en el mundo implementen un contenido curricular básico común, que garantice la formación de un médico de calidad cuyo conocimiento trascienda las fronteras. Es importante para la formación del médico tener dominio de una segunda lengua. Por ejemplo, el primer requisito solicitado a un estudiante para el acceso a un programa de intercambio en Norteamérica e incluso en algunos países europeos, es la certificación del dominio del inglés (Gutiérrez y Posada., 2004)

A través de los años se ha visto que los estudiantes de Medicina y los doctores necesitan el idioma inglés durante sus estudios académicos, así como en los contextos profesionales en que se desarrollan. Tal aseveración se sustenta en que se precisa para que logren sus propósitos académicos y las lecturas de libros de texto, la búsqueda de información en internet, para realizar exposiciones, cuando se presentan a exámenes, en la interacción con los profesores y para futuros estudios en el extranjero. Para los doctores, además, es igualmente esencial a la hora de participar en reuniones de trabajo o conferencias y para publicar los resultados de sus investigaciones (Rodríguez et al. 2020)

Es muy positivo de este programa de formación, a consideración de los autores, el modelo curricular utilizado, el enfoque, los métodos de enseñanza, así como las tendencias de evaluación, vinculación teórico práctica y el fortalecimiento de la investigación como parte del currículo, todo ello repercute en el egreso de profesionales preparados con una visión contemporánea de la medicina, que aplican los avances científico-técnico en la atención a los pacientes, las familias y las comunidades con el uso del método clínico como elemento fundamental, además del método epidemiológico, ambos con el enfoque social correspondiente y en el que la investigación como componente de formación y de desarrollo integral se erige como un elemento esencial.

Algunos autores reflejan en sus artículos la importancia de la investigación en la formación de profesionales médicos y especialista en medicina, como es el caso de Zayas et al. (2018), quienes plantean que la investigación es enfocada como práctica docente, no solo por el trabajo de terminación de la especialidad como requisito indispensable para la culminación de esta etapa, sino porque lo exige como parte del proceso del pensamiento científico.

El acceso a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones facilita el proceso formativo en general y constituye

una herramienta eficaz en manos de alumnos y profesores. Sin embargo, en la formación del Médico Integral Comunitario y del especialista en Medicina General Integral por las UCS “Hugo Chávez Frías”, aún persisten dificultades relacionadas con la disponibilidad de equipos en las instituciones educativas y la accesibilidad a sitios con un carácter científico respetable se dificulta por el tipo y velocidad con que se puede acceder.

Según Romero (2012), el modelo propuesto por Flexner se fundamentó en el diagnóstico- tratamiento y en el paradigma de la investigación biomédica. Enfatizaba la calidad de la educación médica en la investigación científica y en el contacto del estudiante con el paciente enfermo en los centros hospitalarios. A lo largo del siglo XX, diversas innovaciones curriculares han buscado superar estas problemáticas, ejemplo de los cual es el Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria venezolano.

El examen crítico sobre el modelo tradicional de enseñanza de la medicina pone en evidencia una de sus principales limitaciones: su carácter biologicista, debido a que se encuentra sustentado en la explicación biológica, cuya racionalidad epistemológica se expresa directamente en los diseños curriculares de la medicina tradicional. Sin embargo, los modelos de formación del médico y del especialista en

Medicina General Integral de la UCS “Hugo Chávez Frías” trasciende estas debilidades y asume la comunidad como un espacio de formación. Esto constituye un cambio sustantivo para impulsar un nuevo modelo de atención que supere el carácter biologicista-curativo y para que a partir de las demandas y propuestas de las organizaciones populares se continúen impulsando los cambios necesarios dentro de los planes de estudio tradicionales en las universidades venezolanas (Romero, 2012). Se observa una disminución de las matrículas por años, lo que, desde la valoración de los autores, podría estar relacionada con la apertura de otros programas nacionales de formación por la UCS que propicia estudios en otras áreas del conocimiento en ciencias de la salud y también por los efectos de la pandemia de Covid-19 que provocó dificultades económicas que imposibilitaron la incorporación o mantenimiento de los estudiantes en las actividades docentes, tanto en pregrado como en posgrado, a pesar que este centro de estudios garantizó las condiciones para mantener la formación utilizando las bondades de la educación a distancia para garantizar la adquisición de los conocimientos incluidos en los programas de estudio de las diferentes unidades curriculares y las habilidades prácticas se ajustaron mediante la participación de los estudiantes y residentes

en las actividades de contingencia para enfrentar la pandemia.

A partir del curso 2020 se comienza un trabajo de captación de estudiantes para la carrera de medicina integral comunitaria y las demás que se estudian en esta institución mediante diversas actividades de entre las que destaca la realización de los “Días de Puertas abiertas” en los liceos, lo que en consideración de los autores eleva significativamente el interés de los jóvenes bachilleres por las carreras de las ciencias médicas y que puedan considerar a la UCS como una opción para su formación futura.

La matrícula total en los seis años estudiados es significativo y el Núcleo Docente tiene la perspectiva de continuar aumentando, lo que está en correspondencia con las perspectivas del sistema de salud venezolano y del gobierno bolivariano, siendo un mandato expreso del Presidente Nicolás Maduro Moros al expresar “Venezuela ha de construir un sistema público que sea universal, integrado, gratuito y de calidad para la salud. Apreció que debe convertirse en el más poderoso, solidario, científico y más eficiente de América Latina y el Caribe”. Gracias a los esfuerzos del gobierno bolivariano, a través de la gestión del Ministerio del Poder Popular para la Salud, la universidad se inserta en este propósito y tal como declaró la Ministra Magaly Gutiérrez Viña, la Universidad de las

Ciencias de la Salud cuenta con un catálogo de profesionales para servir en los servicios a venezolanos y venezolanas, al igual que nuevas generaciones dispuestas a entregarse al Sistema Público Nacional (Carvajal, 2022).

El alto número de graduados como especialistas en Medicina General Integral en el periodo evaluado en el estado, en opinión de los autores, es el resultado del trabajo que en este sentido ha llevado a cabo el gobierno bolivariano, garantizado a través de la creación de la UCS “Hugo Chávez Frías” la accesibilidad a la formación médica, lo que incluye los estudios de posgrado, al proporcionar recursos financieros, estructurales y de recursos humanos para la formación de estos profesionales. Además, ha sido sustancial en el estado contar con un Núcleo Docente que gestione la formación en las 19 áreas de salud integrales comunitarias, ya que este es un estado con una amplia geografía, al ser el cuarto en extensión territorial del país, y de no ser así a los estudiantes les sería imposible trasladarse a recibir su formación. También ha sido significativa la respuesta dada por los profesionales médicos en asumir la docencia, se cuenta con claustros docentes completos y comprometidos con una docencia de calidad, lo que resulta básico y un logro.

En nota de prensa, Caracas el 18 de julio de 2022, se decreta el egreso de 3 894 nuevos profesionales de la UCS, de los que 149 eran del estado Guárico. Se informa que los graduados provenían de las 24 entidades federales del país. Se destaca que hasta la fecha de referencia habían egresado de esta casa de altos estudios 44 390 nuevos profesionales de la salud y 42 244 estaban en formación en los diferentes programas regulares de la institución educativa (Carvajal, 2022).

En España se gradúan aproximadamente 5 500 médicos por años, en el estudio revisado se plantea que después de los años de pandemia el sistema de salud español resalta la insuficiencia del número de graduados pero se tiene en cuenta que el mismo no es resultado de la situación coyuntural creada por la pandemia, sino por la falta de acción y planificación de los agentes del sistema sanitario (Reyna et al., 2020; Rojas, 2021). Según García (2017), el comportamiento de médicos per cápita en algunos de los países europeos es el siguiente: Grecia, 6,3 por mil, casi el doble de la media, seguido de Austria (5,1), Portugal (4,6), Noruega (4,4), Lituania (4,3), Suiza (4,2), Suecia (4,2), Alemania (4,1), Rusia (4) y España (3,9).

Irlanda tiene 23,7 graduados en Medicina por cada 100 mil habitantes. Para conseguirlo, hace unos años la nación

Europea introdujo nuevos programas de ingreso para graduados que permitían a los estudiantes que obtuvieran un título universitario en una determinada materia trabajar para obtener un título médico en solo cuatro años. A partir de entonces el número de graduados aumentó drásticamente. Por el contrario, México registra un número bajo de graduados, 10,7 por cada 100 mil personas (Rojas, 2021).

Venezuela, en 1936 solo contaba con 95 médicos para un país rural de más de cinco millones de habitantes (un médico por cada 57.901); hoy día, tiene aproximadamente 3,4 médicos o personal de salud por cada mil habitantes. De acuerdo a parámetros de la Organización Mundial de Salud, para que el personal sanitario sea suficiente se necesitan al menos 2,3 dispensadores de atención sanitaria (médicos, enfermeros, parteros y agentes de salud pública), adecuadamente capacitados por cada mil habitantes (Molina, 2006).

En Argentina la tasa per cápita es de 3,8, pero se destaca la distribución desigual entre las jurisdicciones consideradas más ricas con respecto a las pobres (Silberman y Silberman, 2022). Perú, sin embargo, tiene una tasa de 1,6 X 1000 (Oyola, 2021). Es significativo si se compara a Venezuela, que siendo un país subdesarrollado del tercer mundo, bloqueado, tenga estos índices que se comparan con países altamente industrializados.

Cuba tiene un per cápita de más de 8 médicos por cada mil habitantes, más de dos veces que el promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Argentina, Trinidad y Tobago y Uruguay son los únicos países adicionales que superan el promedio de la OCDE, con una densidad mayor a 4 médicos por cada mil habitantes. En cambio, Haití, Honduras y Guatemala tienen el número más bajo de médicos por cada mil habitantes, con una densidad menor a 0,5 (OECD/The World Bank, 2020)

La Medicina Familiar y Comunitaria surgió en España como especialidad al amparo de la creación de la formación especializada vía residencia para todas las especialidades médicas, en 1978. En constante desarrollo desde entonces, se pueden identificar tres grandes crisis. El programa se publicó en 2005, con un alto nivel de consenso en sus contenidos y metodologías innovadoras, contaba con un gran apoyo interno y externo, pero el limitante más importante para su aprobación por el Ministerio fue el paso de 3 a 4 años. Se trata del primer programa de especialidad basado en competencias de España (Casado, 2023).

Según Ceitlin (2006), el destino de la medicina familiar el de la atención primaria de buena calidad depende de la existencia de médicos de familia bien formados; su número y su distribución definirán la mayor

o menor cobertura poblacional. Todo esto depende de decisiones políticas claras, como las que ha habido en los casos de México o Cuba y España. Sin embargo, alcanzar grados de desarrollo satisfactorio no asegura la permanencia del modelo, como lo demuestran las crisis de la medicina familiar y la atención primaria en el Reino Unido, España, Estados Unidos y Canadá.

En parte, los resultados que exhibe en la actualidad Venezuela se deben a la Universidad de las Ciencias de la Salud. El centro de estudios sigue el mandato del Presidente Maduro que indicó que la meta es graduar al menos 50 mil médicos anualmente, incluidos los de la Escuela Latinoamericana de Medicina “Dr. Salvador Allende” (Carvajal, 2022).

El Rector de la UCS, Carlos Alvarado, exhortó a los graduandos a continuar estudiando y trabajando, en aras de continuar brindando salud y vida al pueblo, y expresó que deben seguir luchando para combatir el bloqueo económico, ser un ejército de batas blancas superior que incluso salga de las fronteras venezolanas a llevar salud y vida. Asimismo, comunicó que los egresados de la UCS han cumplido con el sueño de dos gigantes, como los fueron Hugo Chávez Frías y Fidel Castro Ruz, quienes hicieron énfasis en la necesidad de formar médicos diferentes y, por tanto, quienes egresan de una

universidad concebida en pensamiento por dos gigantes y concretada en la práctica por el presidente Nicolás Maduro, poseerán un gran sentido de pertenencia y conciencia social que los vinculará con las comunidades (Carvajal, 2022).

Como conclusiones se considera que la cohorte del año 2011 fue la de mayor número de graduados como Médicos Integrales Comunitarios y la cohorte del año 2016 la de mayor graduación de especialista en Medicina General Integral en el estado Guárico, lo que ha sido relevante para fortalecer el Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela en el territorio durante el periodo estudiado y significativa y trascendental la creación de la Universidad de Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” para garantizar la formación de profesionales médicos. Además, se evidencian los beneficios del convenio de cooperación entre Cuba y Venezuela en este orden particular.

El número de graduados no disminuyó en los años de pandemia de la Covid-19, lo que advierte que la concepción de esta universidad trasciende las tendencias de la Educación Médica en la contemporaneidad para hacerla una institución formadora de profesionales que concibe la educación en el trabajo como principio fundamental que permite bajo cualquier circunstancias que se pueda continuar el desarrollo del proceso docente educativo sin que se limite

el rigor formativo y los estudiantes y profesionales necesarias para su residentes adquieran las competencias desempeño adecuado.

- Luna de la Luz, V. y González Flores, P. (2020). Transformaciones en educación médica: innovaciones en la evaluación de los aprendizajes y avances tecnológicos (parte 2). *Inv Ed Med.*, 9(34), 87-99. <https://www.medigraphic.com/pdfs/invedumed/iem-2020/iem2034j.pdf>
- Mejía, M A, Quintero, O M, D'Avila, M C, Silva, C. C. (2007). La Medicina Familiar en América Latina. Situación actual de la medicina familiar en Venezuela. *Aten Primaria*. 39(9):495-6. <https://core.ac.uk/download/pdf/82263474.pdf>
- Milián-Vázquez, P. M. y Romero-Sánchez, M. C. (2020). Contribuciones de la Universidad de las Ciencias de la Salud en Venezuela a la Educación Médica. *Medisur*, 18(6), [aprox. 3p.]. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4564>
- Molina, C. Z. (2006). Crisis venezolana de los profesionales de la medicina. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 4(2), 002. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102006000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- OECD/The World Bank. (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es
- Oyola García, A. E. (2021) Desigualdad en la distribución de médicos en el Perú. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 47(1), e1447. <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1447>
- Patiño Torres, M., Murulanda, M. I y Durán, M. (2018). Educación Médica en América Latina: Venezuela. *Educ. Med.*, 19(S1), 60-65. <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181318300330>
- Reyna-Figueroa, J., Arce-Salinas, C. A., Martínez-Arredondo, H. y Lehmann-Mendoza, R. (2020). El papel de los estudiantes de Medicina en las pandemias. *Rev Chilena Infectol*, 37 (4), 456-460. <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v37n4/0716-1018-rci-37-04-0456.pdf>
- Rodríguez, N. A., Alpizar León, Y. P. y García Hernández, G. (2020). Importancia del idioma Inglés en el campo de la Medicina. *Medicentro*, 24(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000200413
- Rojas, R. (2021). Gráfica del día: Los países con más médicos graduados por año del mundo. *Saludiaro*. <https://www.saludiaro.com/los-paises-con-mas-medicos-graduados-por-ano-del-mundo/>

- Romero Uzcátegui, Y. C. (2012). La formación médica en Venezuela: ¿profesionales para la atención de la salud o de la enfermedad? *Rev Educere*, 16(54), 59-68. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35626160002.pdf>
- Silberman, P y Silberman, M. (2022). ¿Cómo evolucionó la distribución de médicas y médicos especialistas en argentina? un análisis demográfico de la profesión médica al 2020. *Rev Archivos de medicina familiar y general*, 19 (3), 5-16. <https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/221/208>
- Vargas, K. (2022). Convenio de Salud Cuba-Venezuela: 22 años de beneficio y atención integral para el pueblo. Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Comercio Exterior. <http://www.mppef.gob.ve/convenio-de-salud-cuba-venezuela-22-anos-de-beneficio-y-atencion-integral-para-el-pueblo/>
- Zayas Fajardo, M. L., Berrillo Caises, A., Rodríguez Báez, B., Silva Velasco, E. y Rodríguez Zayas, L. (2018) Tendencias mundiales en la educación médica superior contemporánea en la formación del especialista de Medicina General Integral. EDUMED Holguín. VII Jornada Científica de la SOCECS. <http://edumess2018.sld.cu/index.php/edumess/2018/paper/viewFile/270/191>

Conflicto de intereses.

Los autores informan que no existen conflictos de intereses que impidan la publicación de este trabajo.

Contribución de los autores

Conceptualización. María Isabel Díaz Martínez y Jorge Luis Falcón Salazar.

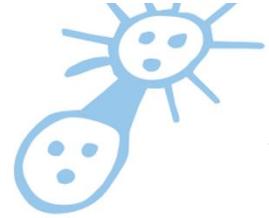
Curación de datos. María Isabel Díaz Martínez y Jorge Luis Falcón Salazar.

Análisis formal. María Isabel Díaz Martínez y Jorge Luis Falcón Salazar.

Investigación. María Isabel Díaz Martínez y Jorge Luis Falcón Salazar.

Metodología. María Isabel Díaz Martínez y Jorge Luis Falcón Salazar.

Redacción-borrador original. María Isabel Díaz Martínez y Jorge Luis Falcón Salazar.



ARTÍCULO CIENTÍFICO

REHABILITACIÓN EN PACIENTES POST COVID-19 DE UN CONSULTORIO MÉDICO DE LA PROVINCIA SANTIAGO DE CUBA, CUBA

Rehabilitation in post Covid-19 patients of a medical office in Santiago de Cuba province, Cuba

AUTORES

Est. Juan Leonardo Pacios Dorado ¹

Est. Miguel Enrique Barroso Fontanals ²

Est. Reinolys Godínez Linares ³

Est. Thalía Fajardo López⁴

Est. Gerson Gamboa Acosta ⁵

Lic. Raiza Fernández Sosa ⁶

¹ Estudiante de tercer año de Licenciatura en Enfermería, Filial de Ciencias Médicas "Julio Trigo López", Palma Soriano, Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Cuba, jlpd2018@nauta.cu, <https://orcid.org/0000-0003-1539-7904>

² Estudiante de tercer año de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas No 1, Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Cuba, mbarrosof9@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3291-7457>

³ Estudiante de segundo año de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna", Universidad de Ciencias Médicas Pinar del Río, Cuba, reinolysgodinez@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3834-7267>

⁴ Estudiante de tercer año de Medicina, Facultad de Medicina No 2, Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Cuba, thaliafajardolopez@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2039-6378>

⁵ Estudiante de primer año de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas Guantánamo, Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo, Cuba, gersongamboaacosta@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4824-2063>

⁶ Licenciada en Derecho, Profesor Instructor, Departamento de Historia y Filosofía, Filial de Ciencias Médicas "Julio Trigo López", Palma Soriano, Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Cuba, lalysosa75@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6900-9439>

Autor para correspondencia: Juan Leonardo Pacios Dorado jlpd2018@nauta.cu. Teléfono de contacto +5356832741

RESUMEN

Introducción: la rehabilitación se utiliza durante la infección por Covid-19 y durante el tratamiento de sus complicaciones.

Objetivo: describir las características de los pacientes que padecieron Covid-19 y los patrones terapéuticos utilizados en su rehabilitación.

Métodos: estudio descriptivo realizado en el Consultorio del Médico de la Familia No. 2 del Policlínico Sur "Carlos Montalván" entre enero y julio del año 2022. El universo estuvo constituido por 187 pacientes con diagnóstico positivo para el SARS-CoV-2 por la prueba de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real y la muestra por 124 pacientes. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, comorbilidades, síntomas en el curso de la enfermedad, síntomas post Covid-19, presencia de complicaciones en el curso de la enfermedad y pautas rehabilitadoras.

Resultados: el sexo masculino prevaleció y las edades entre 18 y 59 años (59,67 %), hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente (94,35 %), la fiebre el síntoma que predominó en el transcurso de la enfermedad (94,82 %) y la tos en el post Covid-19 (77,10 %). La mayoría de los pacientes necesitó rehabilitación. El 24,99 % de los pacientes con comorbilidad necesitaron rehabilitación (14,51 % institucional y el 10,48 % domiciliaria) y de los que presentaron complicaciones, en su totalidad necesitaron rehabilitación (5,64 % institucional y el 7,25 % domiciliaria).

Conclusiones: la Covid-19 fue más frecuente en pacientes masculino entre 18 a 59 años, con hipertensión arterial. Durante el curso de la enfermedad la fiebre fue el síntoma más frecuente y la tos en el post Covid-19. Frente a las complicaciones y comorbilidades fueron necesarias rehabilitación institucional y domiciliaria.

Palabras clave: Covid-19; SARS-CoV-2; Rehabilitación; Complicaciones, Morbidades.

ABSTRACT

Rationale: rehabilitation is used during Covid-19 infection and during the treatment of the complications it causes.

Objective: to describe the characteristics of patients who suffered from Covid-19 and the therapeutic patterns used in their rehabilitation.

Methods: a descriptive study was carried out at the Family Doctor's Office No. 2 of the South Polyclinic "Carlos Montalván" from January to July 2022. The universe consisted of 187 patients with positive diagnosis for SARS-CoV-2 by real-time polymerase chain reaction test and the sample consisted of 124 patients. The variables studied were: sex, age, comorbidities, symptoms during the course of the disease, post Covid-19 symptoms, presence of complications during the course of the disease and rehabilitation guidelines.

Results: male sex prevailed and ages between 18 and 59 years (59,67 %), arterial hypertension was the most frequent comorbidity (94,35 %), fever was the predominant symptom in the course of the disease (94,82 %) and cough in post Covid-19 (77,10 %). Most patients required rehabilitation. Institutional and home rehabilitation was necessary due to complications and comorbidities.

Conclusions: Covid-19 was more frequent in male patients between 18 and 59 years old, with arterial hypertension as comorbidity. During the course of the disease fever was the most frequent symptom and cough in post Covid-19. Most patients required rehabilitation.

Keywords: Covid-19; SARS-CoV-2; Rehabilitation; Complications, Morbidities.

INTRODUCCIÓN

La Covid-19 es una enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 que se descubrió por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019. Se propaga principalmente a través de las gotas respiratorias de una persona infectada al toser, estornudar o hablar, y también puede transmitirse al tocar superficies contaminadas y luego tocarse la cara. La enfermedad puede variar desde casos leves hasta graves, e incluso puede llevar a la muerte en casos más severos, especialmente en personas mayores o con enfermedades crónicas preexistentes (Pérez y Alberto, 2021).

La pandemia ha tenido un impacto significativo en la salud pública, la economía y la vida cotidiana de las personas. Se impusieron restricciones de viaje, cierres de negocios y escuelas, y se cancelaron eventos masivos para contener la propagación del virus. Hasta la fecha de la revisión bibliográfica realizada para esta investigación, se han reportado más de 200 millones de casos de Covid-19 en el mundo, con más de 4 millones de muertes. Los países más afectados han sido Estados Unidos, India, Brasil, Rusia y Francia. Se han reportado más de 80 millones de casos de Covid-19 en las Américas, con más de 1,8 millones de muertes. Los países más afectados en la región han sido Estados Unidos, Brasil, México, Argentina y

Colombia. En Cuba se declaran más de 1,3 millones de casos de Covid-19, con más de 10,000 muertes. El país ha experimentado varias oleadas de la enfermedad, con un aumento significativo de casos a principios de 2021 (Beldarraín et al., 2020; Velázquez, 2020; Ruiz y Fernández, 2022).

La pandemia de Covid-19 ha tenido un impacto significativo en la salud de las personas, no solo en términos de infección y mortalidad, sino también en la capacidad funcional y la calidad de vida de aquellos que han sobrevivido a la enfermedad.

La rehabilitación juega un papel crucial en el proceso de recuperación de los pacientes con Covid-19. Muchos de ellos experimentan síntomas persistentes, como fatiga, dificultad para respirar, debilidad muscular y problemas cognitivos. Estos síntomas pueden afectar su capacidad para realizar actividades diarias y participar en la vida social y laboral (Peñate et al., 2023).

La rehabilitación post-Covid-19 se enfoca en ayudar a los pacientes a recuperar su funcionalidad y mejorar su calidad de vida.

Esto puede incluir terapia física para fortalecer los músculos debilitados, mejorar la resistencia y restaurar la movilidad. La terapia respiratoria es otra parte importante de la rehabilitación, ya que ayuda a los pacientes a recuperar la capacidad pulmonar y mejorar la respiración (Peñate et al., 2023).

Además de la terapia física y respiratoria, la rehabilitación post-Covid-19 también puede incluir terapia ocupacional para ayudar a los pacientes a recuperar habilidades para realizar actividades diarias, como vestirse, cocinar y trabajar. La terapia del habla y del lenguaje puede ser necesaria para aquellos que experimentan problemas de comunicación o deglución después de la enfermedad (Peñate et al., 2023).

El objetivo del artículo es describir las características de los pacientes que padecieron Covid-19 y los patrones terapéuticos utilizados en su rehabilitación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Consultorio del Médico de la Familia No. 2 del Policlínico Sur "Carlos Montalván" durante el período de enero a julio del año 2022. El universo estuvo constituido por 187 pacientes que tenían como características haber sido positivos para el SARS-CoV-2 por la prueba de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real, del que se seleccionó una muestra de 124 pacientes, mediante un muestreo no probabilístico intencional, debido a que tenían sus expedientes clínicos con la información suficiente para realizar la investigación. Se estudiaron las variables: sexo (masculino y femenino); edad (menor de 18, 18 a 59 y 60 y más); comorbilidades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad

pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma bronquial, insuficiencia renal crónica y obesidad); síntomas en el curso de la enfermedad; síntomas post Covid-19; presencia de complicaciones en el curso de la enfermedad (sí o no) y pautas rehabilitadoras (orientaciones generales, rehabilitación domiciliaria y rehabilitación institucional).

Recolección de la información y procesamiento estadístico

Se realizó una revisión de las historias clínicas individuales de los pacientes y la información recolectada se procesó en formato electrónico en una hoja de trabajo de Microsoft Excel. La información obtenida se expresó en números absolutos y porcentuales que se presentaron en tablas.

Normas éticas

Se cumplieron los principios éticos para este tipo de estudio. La confiabilidad de los datos se garantizó porque solo serán publicados en forma resumida y con fines científicos. Los investigadores poseen los conocimientos y experiencia suficientes para el desarrollo del estudio y estuvieron a cargo de la custodia de los datos. La información obtenida se utilizó solo para fines relacionados con la investigación.

RESULTADOS

Predominó el sexo masculino (57,26 %) y los pacientes en edades comprendidas entre los 18 y 59 años (59,67 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según sexo y edad. Consultorio del Médico de la Familia No. 2 del Policlínico Sur "Carlos Montalván", 2022

Grupos de edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Menor de 18	3	2,42	2	1,62	5	4,03
18-59	41	33,06	33	26,61	74	59,67
Mayor de 59	27	21,78	18	14,51	45	36,30
Total	71	57,26	53	42,74	124	100

La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial en 117 pacientes (94,35 %), seguida de la diabetes mellitus (54,83 %) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según comorbilidad. Consultorio del Médico de la Familia No. 2 del Policlínico Sur "Carlos Montalván", 2022

Comorbilidad	No.	%*
Asma bronquial	16	12,90
Obesidad	28	22,58
Hipertensión arterial	117	94,35
EPOC	3	2,41
Cardiopatía isquémica	1	0,80
Diabetes mellitus	68	54,83

*se calculó según la muestra para n=124

La fiebre fue el síntoma más frecuente en el curso de la enfermedad en 110 pacientes (94,82 %) y en la fase post Covid-19 la tos,

que se identificó en 64 pacientes (77,10 %) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución según presencia de síntomas en el curso de la enfermedad y post Covid-19. Consultorio del Médico de la Familia No. 2 del Policlínico Sur "Carlos Montalván", 2022

Síntomas	En el curso de la enfermedad (n=116)*		Post Covid-19 (n=83)**	
	No.	%*	No.	%**
Tos	108	93,10	64	77,10
Dolor muscular	96	82,75	2	2,40
Cefalea	73	62,93	17	20,48
Fiebre	110	94,82	-	-
Pérdida del olfato	67	57,75	-	-
Falta de aire	98	84,48	35	42,16
Secreción nasal	51	43,96	-	-
Pérdida del gusto	70	60,34	-	-
Vómitos	35	30,17	-	-
Dolor articular	24	20,68	4	4,81
Debilidad muscular	8	6,89	22	26,50
Diarrea	12	10,34	1	1,20
Nauseas	27	23,27	4	4,81

El por ciento se calculó según el total de casos con sintomatología (en el curso de la enfermedad para n=116 y en el post Covid-19 para n=83).

El 24,99 % de los pacientes con comorbilidad necesitaron rehabilitación (14,51 % institucional y el 10,48 % domiciliaria), no obstante, en los pacientes

sin comorbilidades el 43,56 % solo necesitó orientaciones generales y ninguno tuvo necesidad de rehabilitación institucional (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los pacientes en pautas rehabilitadoras según comorbilidad. Consultorio del Médico de la Familia No. 2 del Policlínico Sur "Carlos Montalván", 2022

Pautas rehabilitadoras	Comorbilidad				Total	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
Rehabilitación institucional	18	14,51	-	-	18	14,51
Rehabilitación domiciliaria	13	10,48	24	19,35	37	29,83
Orientaciones generales	15	12,10	54	43,56	69	55,66
Total	46	37,09	78	62,91	124	100

Los pacientes que presentaron complicaciones en su totalidad necesitaron rehabilitación (5,64 % institucional y el 7,25

% domiciliaria), mientras que en pacientes sin complicaciones, el 49,20 % solo recibió orientaciones generales (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los pacientes en pautas rehabilitadoras según complicaciones. Consultorio del Médico de la Familia No. 2 del Policlínico Sur "Carlos Montalván", 2022

Pautas rehabilitadoras	Complicaciones				Total	
	SI		NO		No.	%
	No.	%	No.	%		
Rehabilitación institucional	7	5,64	1	0,81	8	6,45
Rehabilitación domiciliaria	9	7,25	46	37,10	55	44,35
Orientaciones generales	-	-	61	49,20	61	49,20
Total	16	12,89	108	87,11	124	100

DISCUSIÓN

En los pacientes post Covid-19, el proceso de recuperación se inicia desde las etapas agudas de la enfermedad hasta el tratamiento de posibles secuelas. Con la Covid-19, la rehabilitación muestra su importancia en la recuperación ante las posibles secuelas que deja esta enfermedad, al constituir una vía de recuperación eficaz (Mirabal, 2021).

Los pacientes post Covid-19 luego de su egreso mantienen síntomas que afectan su calidad de vida, por lo que la rehabilitación se torna continua e impone pautas de tratamiento para restablecer la condición física, psicológica y social del paciente según expresan Seoane et al. (2020).

Los autores de este artículo consideran que existió una mayor prevalencia del género masculino en edades comprendidas entre los 18 a 59 años porque los hombres tienden a participar en comportamientos de riesgo que pueden aumentar la exposición al virus, como fumar, beber en exceso o no cumplir con las medidas de prevención; existen diferencias genéticas entre hombres y mujeres que pueden influir en la susceptibilidad a la infección por Covid-19 y en la gravedad de la enfermedad.

También se describe que las hormonas sexuales masculinas podrían influir en la respuesta inmune lo que podría hacer a los hombres más susceptibles a la infección, además tienen una mayor prevalencia de

ciertas comorbilidades, como enfermedades cardíacas y diabetes mellitus, que los hacen más susceptibles a desarrollar formas graves de la enfermedad y tienden a ocupar más trabajos que los exponen a un mayor riesgo de infección, como trabajos en la construcción, transporte público o en el sector de la salud.

Los resultados presentados en este artículo son semejantes a los arrojados por el estudio realizado por Di Caudo et al. (2022), en el que prevaleció el sexo masculino en un 73,30 %, el cual fue predominante en todas las edades estudiadas, un 80 % presentó alguna comorbilidad y la más frecuente fue la hipertensión arterial (66,70 %), seguida por la obesidad (36,70 %) y la diabetes mellitus (33,33 %).

Mauricio y Gutiérrez (2022) encontraron que el grupo etario fue de 36 a 59 años, pero el sexo predominante fue el femenino. Los síntomas más frecuentes fueron fatiga, dificultad para respirar y tos, y la comorbilidad más frecuente fue la diabetes mellitus.

Los autores del presente estudio opinan que la hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente debido a que la infección por Covid-19 desencadena una respuesta inflamatoria exagerada en el organismo, lo que puede empeorar la presión arterial en pacientes con hipertensión preexistente. También se ha

sugerido que los pacientes con hipertensión arterial pueden tener una mayor expresión de receptores ACE2, que son utilizados por el virus para ingresar a las células, esto aumenta la susceptibilidad a la infección por Covid-19.

Se debe tener en cuenta que algunos medicamentos utilizados para tratar la hipertensión, como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), podrían aumentar la expresión de receptores ACE2 y potencialmente aumentar la susceptibilidad a la infección por Covid-19.

En otro orden de ideas, el estrés y la ansiedad asociados con la pandemia de Covid-19 pueden desencadenar un aumento en la presión arterial en pacientes con hipertensión preexistente.

La presente investigación arrojó resultados semejantes a los presentados por De la Cerna et al. (2021), quienes destacan que un 89 % de las personas que padecieron Covid-19 presentaron fiebre, seguido de la tos (68 %).

Durante el curso de la enfermedad, la fiebre puede ser el síntoma más frecuente debido a la activación del sistema inmunológico y la liberación de citoquinas proinflamatorias en respuesta a la infección por Covid-19, la tos en el post Covid-19 podría ser más frecuente debido a la persistencia de la inflamación pulmonar y la

presencia de fibrosis pulmonar, lo que puede causar irritación y tos crónica. Después de la infección, es posible que los pacientes experimenten daño pulmonar y reactividad bronquial, lo que podría contribuir a la tos persistente en el post Covid-19 y también está relacionada con la hiperreactividad del sistema nervioso y con el daño en las vías respiratorias superiores como resultado de la infección viral, lo que puede causar una mayor sensibilidad a los estímulos que desencadenan la tos.

Thomas et al. (2020) recomiendan que las intervenciones de rehabilitación como son el manejo de la respiración, manejo postural y movilización precoz en pacientes con Covid-19 se lleven a cabo en el contexto hospitalario, mientras que Asensio et al. (2021) y McNeary et al. (2020) recomiendan continuar la rehabilitación de forma ambulatoria.

Una de las bases para la rehabilitación post Covid-19 es fortalecer la función pulmonar y aumentar la resistencia cardiovascular a través del ejercicio físico. Los síntomas que más predominan en pacientes post Covid-19 son la disnea, fatiga y debilidad muscular, según Villamil et al. (2022). El Consejo de Stanford recomienda la rehabilitación en los primeros 30 días para garantizar un mayor impacto en la recuperación (Barker et al., 2020).

Los autores consideran que la mayor parte de los pacientes necesitaron

rehabilitación domiciliaria o institucional porque muchos experimentan debilidad muscular debido a la inmovilidad prolongada, la inflamación sistémica y el impacto del virus en el sistema muscular, lo que podría requerir rehabilitación para recuperar la fuerza y la función muscular.

La presencia de complicaciones neurológicas, como neuropatías, debilidad muscular o trastornos del equilibrio, podría requerir rehabilitación para recuperar la función neurológica y la movilidad.

La fatiga post Covid-19 es común y puede ser incapacitante, lo que requiere rehabilitación para ayudar a los pacientes a recuperar la energía y la resistencia física. Por otra parte, muchos pacientes con

Covid-19 experimentan ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático como resultado de la enfermedad, lo que podría requerir rehabilitación psicológica para ayudar en la recuperación emocional y mental.

CONCLUSIONES

La Covid-19 fue más frecuente en pacientes masculinos, en el grupo etario de 18 a 59 años con hipertensión arterial como comorbilidad de mayor predominio. Durante el curso de la enfermedad la fiebre fue el síntoma más frecuente y la tos en el post Covid-19. La mayoría de los pacientes necesitó rehabilitación domiciliaria o institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asensio Samper, J. M., Quesada Carrascosa, M., Fabregat Cid, G., López Alarcón, M. D. y de Andrés, J. (2021). Recomendaciones prácticas para el manejo del paciente con dolor crónico durante la pandemia de COVID-19. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.*, 68(9), 495–503. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.08.005>
- Barker Davies, R. M., O'Sullivan, O., Senaratne, K. P. P., Baker, P., Cranley, M., Dharm Datta, S., Ellis, H., Goodall, D., Gough, M., Lewis, S., Norman, J., Papadopoulou, T., Roscoe, D., Sherwood, D., Turner, P., Walker, T., Mistlin, A., Phillip, R., Nicol, A. M. y Bahadur, S. (2020). The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *British Journal of Sports Medicine*, 54(16), 949–959. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>
- Beldarraín Chaple, E., Alfonso Sánchez, I. R., Suárez, I. M. y García, F. D. (2020). Primer acercamiento histórico-epidemiológico a la COVID-19 en Cuba. *An Acad Cienc Cuba*, 10(2), 862. <https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/862>

- De la Cerna Luna, R., Vélez de Villa Velarde, A., Luzquiños Castillo, D., Montesinos Daza, M., Valdivia Estrada, L. y Tang Candiotti, R. (2021). Rehabilitation recommendations for adult patients with COVID-19. *Rev. Fac. Med. Hum.*, 21(3), 595–609. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i3.2957>
- Seoane Piedra, J. M, Hernández, E. I. R., Cuellar, C. T. y López, A. L. G. (2020). Protocolo de rehabilitación integral para pacientes post-COVID-19. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 12(3), 61–82. <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/545>
- Di Caudo, C. G., Rivas García, M., Fernández Rodríguez, I., Gómez Jurado, G., Romero Garrido, M. y Membrilla Mesa, M. (2022). Tratamiento rehabilitador de la infección por COVID: caracterización y seguimiento de pacientes hospitalizados en Granada, España. *Rehabilitación*, 56(4), 328–336. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2021.09.001>
- Mauricio Trelles, P. B. y Gutiérrez Cadillo, D. N. (2022). Caracterización clínica epidemiológica de las secuelas Covid-19 en adultos recuperados de un hospital de Huancayo: Secuelas de la Covid-19 en adultos recuperados. *Rev Peru Cienc Salud.*, 4(1), e364. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.1.364>
- McNeary, L., Maltser, S. y Verduzco Gutiérrez, M. (2020). Navigating Coronavirus disease 2019 (Covid-19) in physiatry: A CAN report for inpatient rehabilitation facilities. *Journal of Injury, Function and Rehabilitation*, 12(5), 512–515. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12369>
- Peñate Brito, J. B., Rodríguez Caballero, C. D. y Guerra Sánchez, M. (2023). Medicina física y rehabilitación en pacientes con COVID-19. *Rev Méd Electrón.*, 45(4), 4985. <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4985/>
- Pérez, S. y Alberto, L. (2021). Lo que sabemos de la COVID-19. *Acta Médica del Centro*, 15(4), 632–692. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272021000400632&lng=es
- Mirabal Requena, J. C. y Escobar, B. A. (2021). Rehabilitación integral para la recuperación post Covid-19. *Rev. Cub. Tecnol. Salud.*, 12(1), 177–180. <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/2014>
- Ruiz Gómez, F. y Fernández Niño, J. A. (2022). La lucha contra la COVID-19: una perspectiva desde América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica.*, 46, e60. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.60>

- Thomas, P., Baldwin, C., Bissett, B., Boden, I., Gosselink, R., Granger, C. L., Hodgson, C., Jones, A. Y. M., Kho, M. E., Moses, R., Ntoumenopoulos, G., Parry, S. M., Patman, S. y van der Lee, L. (2020). Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. *Journal of Physiotherapy*, 66(2), 73–82. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011>
- Velázquez Pérez, L. C. (2020). La COVID-19: reto para la ciencia mundial. *An Acad Cienc Cuba*, 10(2), 763. <https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/763>
- Villamil Parra, W. A., Pinzón Espitia, O. L., Guerrero Orjuela, L. S. y Moscoso Alvarado, F. (2022). Rehabilitación en posCovid-19: una perspectiva desde la intervención nutricional y el movimiento corporal. *Med.*, 44 (1), 69-86. <https://doi.org/10.56050/01205498.1663>

Declaración de conflicto de intereses: No existen conflictos de intereses.

Declaración de autoría:

Conceptualización: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso.

Curación de datos: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Reinolys Godínez Linares, Thalía Fajardo López, Gerson Gamboa Acosta.

Análisis formal: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernánde Sosa

Investigación: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Reinolys Godínez Linares, Thalía Fajardo López, Gerson Gamboa Acosta.

Metodología: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals.

Administración de proyecto: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals.

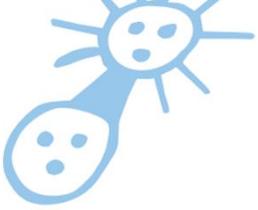
Software: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Reinolys Godínez Linares, Thalía Fajardo López, Gerson Gamboa Acosta.

Supervisión: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals.

Validación: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals.

Redacción - borrador original: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Reinolys Godínez Linares, Thalía Fajardo López, Gerson Gamboa Acosta.

Redacción - revisión y edición: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Reinolys Godínez Linares, Thalía Fajardo López, Gerson Gamboa Acosta.



ARTÍCULO CIENTÍFICO

PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE SITUACIONES PROBLÉMICAS DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA **Methodological proposal for the design and implementation of problem situations in Clinical Pharmacology**

AUTORES

Dr. C. Pedro Miguel Milián Vázquez 1

MSc. Yeni Dueñas Pérez 2

MSc. Lester Marrero Molina 3

Dr. Norlie Mendoza Mendoza 4

Lic. Lidia Vázquez Montero 5

1 Doctor en Medicina. Especialista de I y II Grado en Farmacología. Máster en Educación Médica. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Profesor Honorario de la Universidad de las Ciencias de la Salud de Venezuela, pedromiguelmilian@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0750-1847>

2 Doctora en Medicina. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Farmacología. Máster en Educación Médica. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, yenyduenas95@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-8056-8816>

3 Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de II Grado en Terapia Intensiva. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba. Director de Docencia de la Misión Médica Cubana en Venezuela, lmarrerocmw@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9013-3901>

4 Doctor en Medicina. Especialista en Medicina General Integral. Centro de Diagnóstico Integral Pinto Salinas I, Distrito Capital, Venezuela, norliemendozamendoza@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0994-6022>

5 Licenciada en Enfermería. Especialista en Atención Integral a la Mujer. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, <https://orcid.org/0000-0002-4954-2180>

Autor para correspondencia: Dr. C. Pedro Miguel Milián Vázquez. pedromiguelmilian@gmail.com

RESUMEN

Fundamentación: La preparación de los estudiantes de medicina para la prescripción y uso racional de los medicamentos constituye una exigencia contemporánea.

Objetivo: elaborar una propuesta metodológica para el diseño de situaciones problémicas que desde los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo permitan el aprendizaje problémico de los contenidos de la asignatura Farmacología Clínica para solucionar en el orden terapéutico problemas de salud.

Metodología: estudio de desarrollo de tecnología que utilizó la modelación como método teórico y se sustentó en el posicionamiento teórico y en la experiencia profesional pedagógica de los autores en la enseñanza de la Farmacología y la Terapéutica.

Resultados: se diseñó una propuesta metodológica para la elaboración de situaciones problémicas orientada a preparar a los estudiantes para una prescripción y uso racional de los medicamentos, la cual requirió la reorganización de los contenidos de Farmacología Clínica en los criterios de eficacia, seguridad y conveniencia y costo, así como la concreción de las indicaciones y sugerencias metodológicas para la orientación, la ejecución y el control y evaluación.

Conclusiones: la propuesta metodológica diseñada se sustenta en las invariantes de criterios y de implementación para el diseño y concreción de las situaciones problémicas durante el proceso de enseñanza aprendizaje de la Farmacología Clínica y constituye un recurso didáctico para desde la carrera de Medicina contribuir a desarrollar la toma de decisiones profesionales, pues concibe la integración de lo académico, laboral e investigativo para solucionar situaciones problémicas de la vida laboral que exijan un uso racional de los medicamentos.

Palabras clave: enseñanza aprendizaje de la Farmacología; propuesta metodológica; prescripción y uso racional de medicamentos, situaciones problémicas.

ABSTRACT

Rationale: The preparation of medical students for the prescription and rational use of drugs constitutes a contemporary requirement.

Objective: To elaborate a methodological proposal for the design of problematic situations that from the criteria of efficacy, safety, convenience and cost allow the problem learning of the contents of the subject Clinical Pharmacology to solve health problems in the therapeutic order.

Methodology: a technology development study which used modeling as a theoretical method and was supported by the authors' theoretical positioning and professional pedagogical experience in the teaching of Pharmacology and Therapeutics.

Results: a methodological proposal was designed for the elaboration of problematic situations oriented to prepare students for a rational prescription and use of medicines, which required the reorganization of Clinical Pharmacology contents in the criteria of efficacy, safety and convenience and cost, as well as the concretion of indications and methodological suggestions for orientation, execution and control and evaluation.

Conclusions: the designed methodological proposal is based on the invariant criteria and implementation for the design and concretion of the problematic situations during the teaching-learning process of Clinical Pharmacology and constitutes a didactic resource to contribute to the development of professional decision making in the career of Medicine, since it conceives the integration of academic, labor and research aspects to solve problematic situations of working life that require a rational use of medicines.

Keywords: Pharmacology teaching and learning; methodological proposal; prescription and rational use of drugs, problematic situations.

INTRODUCCIÓN

Las universidades del mundo están inmersas en el perfeccionamiento del proceso de enseñanza aprendizaje para lograr egresados preparados para el ejercicio de su profesión con una alta capacidad resolutive, sustentada en una profunda formación científica y humana, para que puedan enfrentar las necesidades de salud de la población.

En el contexto curricular de la formación del profesional médico, la Farmacología es una de las disciplinas académicas que tiene que cursar el estudiante durante su formación de pregrado (Milián, 2011; Vallejos, 2016; Peacock et al., 2021). Diversos autores, desde hace varios años, muestran la preocupación por las dificultades en torno al uso racional de los medicamentos y han tratado de esclarecer las causas de este fenómeno, los que de forma coincidente advierten que el centro del problema radica en las insuficiencias en el proceso de enseñanza aprendizaje de la Farmacología y la Terapéutica (Milián y López, 2010; Milián, 2011; Osorio-Zuluaga et al., 2020; Fernández, 2023).

Lo comentado ha conducido a que se realicen acciones tratando de solucionar esta problemática, pero se han llevado a cabo a través de una enseñanza tradicional, en la que los docentes enfatizan en la transmisión y reproducción de los conocimientos; se ubican como centro de la

actividad y se anticipan a los razonamientos de los alumnos, lo que limita su reflexión; no tratan el contenido a partir de sus rasgos esenciales; controlan atendiendo al resultado y no al proceso mediante el cual se llega al conocimiento, a la habilidad; desatienden la evaluación formativa y priorizan la sumativa; se absolutiza el método de trabajo con el libro de texto y su empleo de forma esquemática; no se aprovechan otras bibliografías para potenciar la búsqueda, el análisis y la reflexión de los estudiantes y se centran en lo instructivo por encima de lo educativo (Milián y López, 2010).

Esto conduce a que los estudiantes asuman una tendencia a reproducir conocimientos y no a razonar sus respuestas, tengan limitaciones en la generalización y aplicación de los conocimientos, en la elaboración de preguntas, en la argumentación y valoración, presenten insuficiencias en la búsqueda de vías para aprender y planificar acciones, centrándose la mayoría en la respuesta final, sin percatarse del error y con pocas posibilidades para la reflexión crítica y autocrítica de lo que aprende, lo que provoca un limitado desarrollo de su aprendizaje (Milián et al, 2009; Milián y López, 2010; Vallejos, 2016).

Sin embargo, la sistematización realizada, las experiencias docentes publicadas y los resultados de la práctica

profesional pedagógica en la enseñanza de la Farmacología de los autores del artículo, permiten considerar a la enseñanza problemática una alternativa que ha demostrado efectividad en la enseñanza-aprendizaje de la Farmacología y en la adquisición de adecuados hábitos de prescripción (Vélez y Gil, 2018; Osorio-Zuluaga et al., 2020; Quiroga et al., 2022; Fernández, 2023).

De una u otra forma, los estudios han ofrecido resultados que ilustran sus ventajas y los estudiantes han identificado las potencialidades de la enseñanza de la Farmacología aplicada a la solución de problemas para facilitar el aprendizaje de esta disciplina con un enfoque terapéutico (Vélez y Gil, 2018; Osorio-Zuluaga et al., 2020; Fernández, 2023). Sin embargo, se requiere que los docentes cuenten con orientaciones precisas que les permitan el diseño y concreción en la práctica de propuestas orientadas a este propósito.

El objetivo del artículo se concreta en elaborar una propuesta metodológica para el diseño de situaciones problemáticas que desde los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo permitan el aprendizaje problemático de los contenidos de la asignatura Farmacología Clínica para solucionar en el orden terapéutico los problemas de salud que con mayor frecuencia se presentan en el ejercicio de la profesión, de modo que contribuyan a

promover el uso racional de los medicamentos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de desarrollo de tecnología en la que participaron profesionales que se desempeñan como docentes en universidades de ciencias médicas de Cuba y de la Universidad de las Ciencias de la Salud de Venezuela. Se utilizó la modelación como método teórico y fue un proceso sustentado en el posicionamiento teórico y en la experiencia profesional pedagógica de los autores en la enseñanza de la Farmacología y la Terapéutica. Se tuvieron en cuenta los siguientes procedimientos: a) sistematización teórica para establecer los fundamentos pedagógicos y didácticos que sustentan la propuesta, b) establecimiento de las invariantes de criterios para el diseño de las situaciones problemáticas y las invariantes de implementación, c) la elaboración de las situaciones problemáticas y d) la precisión de las orientaciones metodológicas para desarrollar la propuesta.

Durante el proceso de investigación, el respeto a los aspectos éticos para este tipo de estudio constituyó una premisa de cumplimiento obligatorio.

RESULTADOS

Fundamentos didácticos de la propuesta
Diversos autores consideran que resulta imprescindible tener en cuenta las leyes y

principios de la didáctica como ciencia a la hora de organizar el proceso de enseñanza aprendizaje, independientemente de la estructura que posea. Las leyes al manifestarse expresan las características propias del movimiento del proceso de enseñanza aprendizaje, por lo que permiten establecer las relaciones entre este proceso y el medio social y entre sus componentes (Abreu-Valdivia et al., 2021; Díaz-González et al., 2022).

La primera ley se refiere a las relaciones del proceso docente educativo con el contexto social: La escuela en la vida y es esto lo que determina que las situaciones problemáticas se sustenten en los principales problemas de salud de la población que tiene que resolver el médico en su práctica profesional y los cuales estarán contextualizados a las condiciones objetivas que ellos dispondrán en su labor asistencial en la Atención Primaria.

Basados en esta ley, se trabaja en la preparación del futuro graduado para el ejercicio de la profesión y para la investigación; en tanto las situaciones problemáticas ubican al estudiante ante problemas que tendrán que resolver como parte de su vida laboral. Estas situaciones se solucionan mediante la investigación, como eje de articulación de lo académico y la práctica médica, la cual es el método fundamental del trabajo como guía para

resolver los problemas más frecuentes de la profesión.

De igual forma se asume la segunda ley de la didáctica, porque establece las relaciones internas entre los componentes del proceso docente educativo: La educación a través de la instrucción. Esta segunda ley, al establecer las relaciones entre los componentes del proceso docente educativo, garantiza que en la propuesta que se desarrolla en este trabajo los estudiantes logren el objetivo, en este caso seleccionar la opción farmacoterapéutica más adecuada, a partir de los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo, mediante la utilización correcta de diferentes fuentes de información científica que les permita realizar un uso racional de los medicamentos y se formula por medio de la triada objetivo-contenido-método; de modo que mediante el método se resuelva la contradicción entre el objetivo y el contenido. Las situaciones problemáticas se centran en el contenido sin dejar de tener en cuenta la interrelación con los restantes componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Se tiene en cuenta, además, la necesaria interrelación entre los componentes personales: el docente, el alumno y el grupo, de modo que “el maestro, el que ejerce la dirección del proceso pedagógico, permite que el otro, el

alumno, se implique personalmente con él de manera activa, participativa, vivencial y reflexiva, logrando el protagonismo estudiantil como sujeto de su propia actividad” (Gutiérrez, 2003, p.4).

En esta propuesta, el estudiante constituye el centro del proceso de enseñanza aprendizaje y en correspondencia con sus necesidades e intereses se crean las condiciones para que en la medida en que se implique en el desarrollo de las situaciones problémicas, centradas en los principales problemas de su futura práctica profesional, se apropie de los elementos básicos del contenido de modo que esté preparado para resolver estos problemas una vez egresado.

Como parte del proceso de formación de los estudiantes para la solución de problemas de su práctica profesional, se hace necesario que desarrolle las habilidades de búsqueda y procesamiento de la información para solucionarlos y que no se limite a la información general que ofrece el docente durante la conferencia. Gutiérrez (2003) señala que es imprescindible que el docente dirija el proceso de enseñanza aprendizaje y provoque los movimientos necesarios para implicar en este al estudiante de manera protagónica.

Las situaciones problémicas están encaminadas a que el estudiante se sienta motivado y comprometido en su solución,

pues estas responden a los problemas de salud de la comunidad en la cual interactúa y se han diseñado de forma tal que guíen a los educandos hacia una posición activa y productiva de autoestudio, autodisciplina y autocontrol; que lo forme con un pensamiento independiente, creador y responsable, que lo prepare para su actuación futura en el equipo de salud.

Las situaciones problémicas encuentran también su sustento didáctico en el conjunto de principios didácticos (Abreu-Valdivia et al., 2021; Díaz-González et al., 2022), los que constituyen guías de las metas que el hombre debe lograr, a través de su actividad, para la transformación y creación de lo nuevo.

El principio del carácter científico de la enseñanza se ve reflejado en la lógica de las ciencias médicas en la formación de sus profesionales durante el pregrado; en la calidad del contenido seleccionado para confeccionar las situaciones problémicas y en los métodos empleados, tanto los generales como los específicos. Serán seleccionado contenidos cuya validez científica es incuestionable y actual, lo que conlleva a que el estudiante sienta la necesidad de profundizar en sus estudios para resolver los problemas planteados y tendrá que asumir partido a la hora de tomar decisiones, de este modo el estudiante se apropia de métodos elementales de trabajo científico lo que

garantizará su preparación para su vida profesional. Por otra parte, el método de solución de problemas está fundamentado científicamente desde el punto de vista pedagógico.

El principio del carácter activo y consciente de los estudiantes en el aprendizaje de los contenidos y habilidades necesarias para seleccionar el tratamiento farmacoterapéutico más adecuado para un paciente, bajo la dirección del profesor, conlleva a que las situaciones problemáticas planteadas ubiquen al estudiante como centro del proceso, de modo que asimilen los contenidos conscientemente y de forma gradual en dependencia de los niveles de asimilación, para lograr el desarrollo de su actividad cognoscitiva y que el docente funcione como guía, orientador del proceso de enseñanza-aprendizaje.

El principio de la unidad de la teoría con la práctica en la formación del médico en la asignatura Farmacología Clínica, mediante situaciones problemáticas propias de su práctica profesional, evidencia la vinculación del conocimiento teórico con la práctica social y garantizará un equilibrio entre la preparación académica-científica con el desarrollo de habilidades propias de la profesión, como es el caso de seleccionar el fármaco de elección para un paciente determinado; además permitirá procesos cognitivos y de actitudes positivas, la formación de criterios propios,

participación productiva, participativa y creativa que le permitirá una formación integral en coherencia con el modelo del profesional que exige la medicina con un enfoque sociohumanista.

El principio de la asequibilidad de la enseñanza se cumple en la estructuración y reordenamiento de los contenidos a partir de los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo; en la introducción gradual de los contenidos al partir de lo simple y concreto hacia lo complejo y abstracto, pues el carácter ascendente de la complejidad de la actividad constituye un sustento básico en la organización de la actividad cognoscitiva de los estudiantes.

El principio del carácter educativo de los contenidos se logra mediante la selección de los ejemplos a utilizar, pues constituyen la vía para vincular un contenido técnico específico de la Farmacología Clínica con la realidad política y social y afianzar en los estudiantes la convicción de que los conocimientos adquiridos pueden ayudar de manera concreta al desarrollo social. De este modo los contenidos de la Farmacología Clínica posibilitarán la unidad de lo instructivo, educativo y lo desarrollador.

El principio de la unidad de lo afectivo y lo cognitivo se concreta en la intención de desarrollar en los estudiantes, además de sus capacidades, también sus sentimientos, actitudes, motivos, valores, de modo que

sea capaz de pensar, sentir y actuar consecuentemente, de forma que el contenido a aprender tenga significado para él, de forma que pueda desarrollar una de sus habilidades profesionales, la cual será imprescindible durante el ejercicio de la profesión.

El principio de la sistematicidad se cumple toda vez que los problemas planteados van de lo simple a lo complejo y de lo conocido a lo desconocido. De esta forma el estudiante puede apropiarse consecuentemente de los contenidos que se enseñan de una manera lógica, al aprovechar los conocimientos anteriores y formar el basamento adecuado para la adquisición de otros.

Propuesta metodológica para el diseño e implementación de las situaciones problémicas para el tratamiento de los contenidos de la asignatura de Farmacología Clínica

Para elaborar las situaciones problémicas se considera tener en cuenta, en primer lugar, los principales problemas de salud de la Atención Primaria identificados como los más frecuentes de la práctica habitual. En segundo lugar, los medicamentos esenciales porque son los que sirven para satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayor parte de la población, sobre la base del perfil epidemiológico de las enfermedades prevalentes; son considerados los de máxima importancia,

básicos, indispensables e imprescindibles y deben ser asequibles en todo momento, en cantidades apropiadas, a toda la sociedad; su disponibilidad en el mercado farmacéutico permite poner en marcha una estrategia global que asegure un uso racional de los medicamentos (Noguera y del Castillo, 2023).

Otro elemento a tener en cuenta lo constituyen las invariantes para el diseño e implementación de las situaciones problémicas:

- Invariante de criterios para diseñar las situaciones problémicas: eficacia, seguridad, conveniencia y costo.
- Invariante de implementación: indicaciones metodológicas para la orientación, ejecución y control y evaluación.

La invariante de criterios para diseñar las situaciones problémicas se relaciona con los contenidos que los programas de estudio de la asignatura de Farmacología Clínica incluyen para la formación de los estudiantes de Medicina. De forma habitual, los contenidos se organizan dentro de tres de los cuatro criterios esenciales (eficacia, seguridad, conveniencia) que establece la Organización Mundial de la Salud para realizar una farmacoterapia racional. El cuarto criterio establecido es el de costo, que de modo general, en los programas de la asignatura Farmacología Clínica, no se incluyen contenidos que respondan al

mismo como parte de los pilares que se deben formar en los estudiantes durante esta asignatura para su futura actuación como prescriptores.

Sin embargo, se incluye, como un elemento más, dentro de la invariante de criterios de esta propuesta, dada la importancia que representa para seleccionar un medicamento determinado y porque constituye un aspecto vital del contenido de la asignatura para formar valores en los estudiantes.

Las situaciones problémicas se han estructurado a partir de estos cuatro criterios porque al trabajar los contenidos de esta forma se garantiza la comprensión, por parte de los estudiantes, de la utilidad del aprendizaje para realizar un uso racional de los medicamentos. Esta distribución posibilita aumentar la motivación de los alumnos hacia los contenidos de la asignatura de Farmacología Clínica, de manera que su estudio se convierta en una necesidad de actualización permanente, en función de garantizar de forma correcta la toma de decisiones farmacoterapéuticas durante su práctica médica.

Los contenidos de la asignatura de Farmacología Clínica incluidos en cada criterio se desglosan a continuación:

- Eficacia: acciones farmacológicas, mecanismo de acción, usos terapéuticos y eficacia clínica.

- Seguridad: efectos adversos, mecanismo de acción, dosis y relación beneficio/riesgo.
- Conveniencia: farmacocinética, precauciones, contraindicaciones, interacciones, formas farmacéuticas, vías de administración, intervalo de administración y duración del tratamiento.
- Costo: valor de una unidad de tratamiento, valor de un tratamiento diario, valor de un tratamiento completo y relación costo/beneficio.

La eficacia se considera la capacidad de un fármaco, determinada por métodos científicos (ensayo clínicos controlados y aleatorizados) para producir los efectos propuestos, o sea, modificar favorablemente el pronóstico o el curso de una enfermedad o síntoma; los resultados que se obtienen sobre la eficacia de un fármaco son mucho más confiable en la medida que estos estudios estén adecuadamente diseñados y se compare el actual medicamento con un fármaco que previamente haya demostrado eficacia para el efecto farmacológico que se analiza y no con placebo, siempre que las condiciones éticas lo permitan.

Se consideró oportuno incluir dentro de este criterio los contenidos referentes a las acciones farmacológicas (efectos que producen los fármacos en el organismo) y los usos terapéuticos (se refiere a las

enfermedades a las que se les aplica un medicamento) debido a la estrecha relación que existe entre ellos y la eficacia clínica; determinadas acciones farmacológicas son las que se tienen en cuenta para realizar un ensayo clínico con la intención de determinar la eficacia del fármaco en el tratamiento de una enfermedad y, a partir de los resultados obtenidos, definir los usos terapéuticos o indicaciones.

Evidentemente que las acciones farmacológicas se explican, generalmente, basándose en la forma en que actúan los fármacos en el organismo, o sea, su mecanismo de acción. Es importante, para realizar una farmacoterapia racional, que el estudiante tenga claridad por qué un fármaco tenga ciertas acciones o efectos farmacológicos no indica que sea clínicamente eficaz, por lo que el estudiante tiene que saber diferenciar el efecto farmacológico de la eficacia clínica. Del mismo modo, debe estar claro en que los usos terapéuticos deben estar fundamentados en la eficacia clínica.

La seguridad es la característica de un medicamento de poder utilizarse con una probabilidad muy pequeña de causar efectos tóxicos injustificables. Se incluyen dentro de este criterio los contenidos relacionados con los efectos indeseables (cualquier efecto producido por un medicamento distinto del efecto buscado

mediante su administración) y el mecanismo de acción (forma mediante la cual el fármaco actúa en el organismo) de los medicamentos. El conocimiento de los efectos indeseables más frecuentes y los más graves permiten determinar el riesgo al que puede estar sometido el paciente al recibir el medicamento.

El mecanismo de acción se trabaja en este acápite porque muchos de los efectos indeseables dependen del mecanismo de acción del fármaco, y tienen una estrecha relación con la dosis (cantidad de fármaco que se administra a un paciente) del fármaco que recibe el paciente y otros factores como la susceptibilidad y las características de cada paciente. A partir de precisar los criterios de eficacia y seguridad se puede establecer la relación beneficio/riesgo, lo que implica determinar si el beneficio que reportará el uso del fármaco en un paciente determinado supera los riesgos que el mismo puede desencadenar en el paciente.

La conveniencia incluye una serie de elementos que se deben tener en cuenta a la hora de seleccionar un fármaco para realizar una terapia farmacológica racional; elementos relacionados tanto con el fármaco como con el paciente, que seleccionados adecuadamente garantizan la aprehensión del individuo al tratamiento. En la medida que el tratamiento es más cómodo para el paciente mayor será la

posibilidad que éste sea cumplido por parte del enfermo.

Estos elementos encuentran su concreción en los contenidos de la asignatura de Farmacología Clínica como la farmacocinética (procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción del fármaco en el organismo), las precauciones y las contraindicaciones (situación clínica en que la administración de un medicamento determinado debe realizarse con ciertos cuidados o debe ser evitada) y las interacciones (modificación del efecto de un fármaco en el organismo por la presencia simultánea de otro, otros o alimentos).

Además, en las formas farmacéuticas (son las que contienen al producto farmacéutico elaborado con una dosificación determinada de principios terapéuticamente activos y otras sustancias auxiliares), las vías de administración (diferentes formas en que un fármaco se pone en contacto con el organismo), el intervalo de administración (tiempo que se establece entre la administración de una dosis de la otra) y la duración del tratamiento (tiempo en que se emplea el medicamento contra una enfermedad específica).

El costo se refiere al precio o valor de un medicamento en el sistema de salud de cada país. La esencia de este criterio es poder establecer la relación beneficio/costo;

por eso el estudiante debe tener en cuenta el costo total del tratamiento y no el costo por unidad de tratamiento. El médico prescriptor debe realizar una evaluación de los posibles medicamentos y siempre que se cuente con fármacos eficaces y seguros, se debe indicar el más barato para el paciente y para el sistema de salud; supuesto que permite delimitar la relación costo/beneficio.

La invariante de implementación se concreta en las indicaciones y sugerencias metodológicas para cada una de las fases por las que atraviesa el desarrollo de la actividad: la orientación, la ejecución y el control y evaluación (Ascensio et al., 2021; García et al., 2021), que trabajadas armónicamente permite llevar a cabo el sistema de acciones y operaciones, para que el estudiante potencie el desarrollo de la actividad cognoscitiva en función de la solución de cada situación problemática presentada, para la toma de decisiones profesionales.

Etapa de orientación:

Se caracteriza por ofrecer al estudiante la Base Orientadora para la Acción, se desarrollan los eslabones de motivación y comprensión del contenido. En esta primera etapa, en correspondencia con los objetivos, se le indica al estudiante las primeras acciones a realizar dirigidas a la apropiación de los contenidos (conceptos,

leyes, definiciones, principios, entre otros aspectos).

Además, se considera oportuno en esta etapa precisar los indicadores que sustentan cada uno de los criterios propuestos, con el propósito de organizar la actividad cognoscitiva de los estudiantes y éstos estén preparados para poder realizar una farmacoterapia racional. A continuación, se precisarán cada uno de ellos:

Eficacia:

1. Revisar la fisiopatología de la enfermedad a tratar.
2. Determinar los sitios de acción de los fármacos.
3. Listar las acciones farmacológicas.
4. Determinar las acciones farmacológicas que se relacionan directamente con la enfermedad que estudia.
5. Listar los usos terapéuticos del fármaco.
6. Determinar la eficacia clínica del fármaco para la enfermedad que se analiza. Revisar la existencia de ensayos clínicos para el uso terapéutico señalado.

Seguridad:

1. Listar los efectos adversos. Determinar los más frecuentes y los más graves, estos últimos siempre se tendrán en cuenta sean o no frecuentes.
2. Explicar el mecanismo de acción del fármaco estudiado.
3. Establecer la posible relación entre los efectos adversos y las acciones

farmacológicas, el mecanismo de acción o ambos.

4. Definir el rango de dosis establecidas para la enfermedad que se analiza.
5. Establecer en los estudios publicados la relación beneficio/riesgo del fármaco.

Conveniencia:

1. Listar las precauciones y contraindicaciones del fármaco.
2. Listar las interacciones medicamentosas y alimentarias más importantes que puedan ocurrir al emplear el fármaco, en el caso de las interacciones medicamentosas se analizarán las más frecuentes que puedan ocurrir con los fármacos de la lista de medicamentos esenciales del país.
3. Describir los elementos de farmacocinética más relevantes para el fármaco.
4. Identificar las formas farmacéuticas y las vías por las cuales se puede administrar el fármaco.
5. Definir el intervalo de administración, según las características farmacocinéticas y las posibles vías de administración.
6. Definir la duración del tratamiento según los usos terapéuticos descrito para el medicamento.

Costo:

1. Revisar en la farmacia de su área de salud la lista de precios de los medicamentos esenciales de Cuba.
2. Determinar el costo de una unidad de tratamiento.

3. Calcular el costo diario del tratamiento para una enfermedad específica.
4. Calcular el costo total del tratamiento para una enfermedad específica.
5. Comparar el costo del fármaco con el de otros fármacos que usted considere cumplan los criterios de eficacia, seguridad y conveniencia para el tratamiento de la enfermedad que está analizando.
6. Establecer la relación beneficio/costo. Valorar las ventajas de un tratamiento con un costo total alto en comparación con uno de menor costo que no resuelva la enfermedad o que exija una mayor duración del tratamiento, que finalmente resultará en un costo más elevado.

Cada una de las acciones a tener en cuenta en los cuatro criterios antes comentados debe ser trabajada por el profesor con gran flexibilidad, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del grupo y de cada uno de los estudiantes en particular.

Las acciones en esta etapa están a un nivel de asimilación del conocimiento de forma reproductiva, lleva implícito un proceso de familiarización, exige que el estudiante sea capaz de repetir el contenido que se le ha informado y realizar búsquedas en fuentes de información primarias o secundarias como los libros de texto, boletines terapéuticos, el formulario nacional de medicamentos del país donde se desarrolle la formación, revistas

médicas, estudios epidemiológicos sobre medicamentos, entre otros.

Etapa de ejecución y control:

Esta etapa se caracteriza por exigir al estudiante que aplique los conocimientos relacionados con la selección del medicamento de elección para un paciente determinado, desde una adecuada relación teoría-práctica, con un nivel de asimilación productivo y un mayor grado de complejidad en las acciones a realizar.

El estudiante tiene que accionar y operar para llegar a dominar las acciones y las operaciones en función de seleccionar la opción terapéutica más adecuada, a partir de los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo, mediante la utilización adecuada de diferentes fuentes de información científica que permita realizar un uso racional de los medicamentos, las cuales están a un nivel de saber hacer.

Es característico en esta etapa que el papel del profesor no es de dirigente, sino de consultante y guía científico, por lo que su principal función será apoyar el trabajo individual y en grupos de los estudiantes de medicina con suficiente flexibilidad, para que cada uno de ellos le imprima su propio estilo de trabajo, con énfasis en el sistema de conocimientos y habilidades a desarrollar en función de seleccionar el medicamento de elección para un paciente

determinado durante el ejercicio de la profesión.

Etapa de evaluación:

Esta etapa se basa en un alto componente de auto evaluación, de intercambio entre estudiante-estudiante, estudiante-profesor, grupos de trabajo-grupos de trabajo y grupo-profesor; de mostrar los resultados parciales en el seno del colectivo, que culmina con una exposición – ante el grupo y el profesor- de los resultados obtenidos, relacionados con el dominio de los conocimientos de Farmacología Clínica durante la solución de una situación problémica determinada. El control y la evaluación realzan el carácter educativo y de autorregulación del proceso, porque en la medida que el estudiante se retroalimenta, perfecciona su proceso de asimilación.

Se sugiere que si en el desarrollo de la actividad algún estudiante no demuestra dominio de las acciones y operaciones para resolver la situación planteada, el profesor le podrá ofrecer otra situación problémica, con un grado de dificultad similar, después de haber aclarado las dudas en el grupo.

Ejemplo de una de las situaciones problémicas elaboradas

Al consultorio médico donde usted labora, acude Juan Rojas López, paciente masculino de 50 años de edad porque usted y la enfermera de la familia lo citaron para la consulta de seguimiento que le

corresponde este mes debido a que es fumador y está dispensarizado como grupo II. Usted interroga y examina al paciente y constata cifras elevadas de tensión arterial Decide realizar un seguimiento del paciente e indicarle medidas higiénico dietéticas y ejercicios, así como complementarios. A pesar de las medidas instauradas y del seguimiento de las mismas por parte del paciente, este no resuelve su problema de salud. Se debe iniciar entonces tratamiento médico antihipertensivo con la intención de disminuir la tensión arterial y reducir la morbimortalidad cardiovascular debido a esta enfermedad.

a) ¿Qué medidas no farmacológicas le recomendaría a su paciente? Argumente.

b) ¿Qué alternativas terapéuticas farmacológicas pudieran emplearse en el tratamiento de este paciente? Justifique su respuesta basándose en los indicadores que necesite de los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo.

c) ¿Qué fármaco antihipertensivo usted seleccionaría para tratar a este paciente? Justifique su selección teniendo en cuenta los criterios antes mencionados.

d) ¿Qué fuentes de información utilizó para justificar su selección?

e) ¿Pudiera escribir la prescripción? Recuerde que es importante incluir presentación, dosis, vía de administración e intervalo de administración.

f) Si después de utilizar la dosis máxima del fármaco seleccionado durante el período establecido para evaluar la respuesta al tratamiento, el paciente no resuelve ¿qué conducta farmacoterapéutica usted seguiría? Argumente sus planteamientos basándose en las evidencias científicas encontradas.

Orientaciones metodológicas para desarrollar la propuesta

Se sugiere comenzar con una conferencia orientadora en la que se aborden los aspectos generales del sumario del tema correspondiente. En esta actividad se orientará detalladamente la guía de seminario y se les ofrecerá a los estudiantes las orientaciones acerca de la forma de estudiar los contenidos organizados mediante los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Se sugieren utilizar los métodos de la enseñanza problémica, los que los profesores seleccionaran teniendo en cuenta las características del grupo con las cuales ellos trabajarán.

Para la realización de los seminarios se pueden organizar los estudiantes de forma tal que se dividan en tres o cuatro subgrupos, en los que el número de estudiante variará en dependencia de la matrícula del aula, pero sin exceder de seis. Esta organización se puede asumir para cada uno de los seminarios a realizar o

puede variar en dependencia de las necesidades del grupo.

Con relación a la literatura docente a utilizarse, tanto para la preparación de los seminarios como para su desarrollo, se recomienda que los estudiantes revisen la orientada por el docente y otras que utilicen a partir de sus búsquedas personales; es imprescindible que las traigan a la actividad docente. Por su parte, el profesor pudiera elaborar un dossier de materiales que no están al alcance de los estudiantes, que pondrá a disposición de estos durante el desarrollo de cada una de las actividades, con el propósito de lograr una mayor preparación para la actividad a realizar.

Para el momento del desarrollo del seminario, se sugiere que el profesor comience con una breve explicación teórica en la que ofrezca una argumentación del tema para el ejercicio de la práctica médica. No se recomienda que incluya aspectos del contenido pues este fue tratado en la conferencia orientadora y estudiado por los estudiantes de forma independiente. No obstante, si existiera alguna duda, esta será aclarada antes del inicio del seminario.

Se sugiere que para la socialización de la información en sesión plenaria se realice una presentación y discusión de los resultados de cada subgrupo en la misma.

Durante la valoración de la calidad del trabajo realizado se recomienda que cada

estudiante realice una autoevaluación de la labor acometida y un estudiante del subgrupo, previamente seleccionado, evaluará la calidad de la participación del resto de los compañeros durante los diferentes momentos del trabajo en equipo, a partir de criterios como la preparación efectuada para la actividad y la participación en los debates y toma de decisiones.

Se realizará la evaluación de manera individual; ésta será tanto formativa como sumativa y se podrán tener en cuenta elementos como la profundidad de la autoevaluación realizada por el estudiante, la evaluación otorgada por el subgrupo de trabajo, la calidad de las respuestas ofrecidas por el subgrupo a los problemas planteados y la calidad de la participación de cada estudiante en las sesiones plenarias. Se recomienda que el estudiante evaluador sea siempre uno diferente en cada seminario.

DISCUSIÓN

Sin lugar a dudas, el proceso de enseñanza aprendizaje de la Farmacología y de modo particular de la Farmacología Clínica en la carrera de Medicina debe tener una orientación profesional y en la enseñanza problémica se advierte una posibilidad de lograr este propósito.

Como plantea Quiroga et al. (2022), la enseñanza problémica constituye un método activo de enseñanza aprendizaje

que fomenta en los estudiantes una asimilación sólida de conocimientos, un pensamiento crítico y el desarrollo de habilidades y competencias para el desenvolvimiento acorde a las exigencias del mundo que cambia de forma vertiginosa.

Del mismo modo, afirman Montes de Oca y Machado (2011) que es un método de trabajo activo, centrado en el aprendizaje, en la investigación y la reflexión para llegar a la solución de un problema planteado, los alumnos participan en la adquisición del conocimiento, la se sustenta en la discusión reflexiva y el aprendizaje emerge como resultado del proceso de solución de problemas, los cuales tienen una intención didáctica al ser seleccionados o diseñados por el docente. Autores aseveran que la solución de problemas genera conocimientos y promueve la creatividad, estimula el autoaprendizaje, la argumentación y la toma de decisiones, favorece el desarrollo de habilidades interpersonales y de trabajo en equipo (Montes de Oca y Machado, 2011; Quiroga et al., 2022).

El hecho de concebir en la propuesta la invariante de implementación se considera, a criterio de los autores de este artículo, una necesidad y fortaleza para guiar el aprendizaje de los estudiantes. No basta indicar la tarea a realizar, se precisa la adecuada orientación y control de las

actividades a ejecutar por los estudiantes de modo que se garantice el desarrollo ascendente y continuo de la independencia cognoscitiva del alumno y el desarrollo de su intelecto y su autodesarrollo (Asensio et al., 2021). Además, la evaluación es esencial para comprobar el cumplimiento de los objetivos y como momento de retroalimentación que permite identificar potencialidades y elementos que se precisaron continuar trabajando en los estudiantes. En el caso particular de la propuesta metodológica que se presenta, los prepara para el uso racional de los medicamentos desde sólidas bases científicas en función de la solución terapéutica de los principales problemas de salud de la población.

CONCLUSIONES

Se diseñó una propuesta metodológica que incluyó la invariante de criterios para el diseño de situaciones problemáticas en función de preparar a los estudiantes de

medicina para una prescripción y uso racional de los medicamentos, la cual requirió la reorganización de los contenidos de Farmacología Clínica en los criterios de eficacia, seguridad y conveniencia y costo para organizar la actividad cognoscitiva de los estudiantes y la invariante de implementación, en la que se concretan las indicaciones y sugerencias metodológicas para cada una de las fases por las que atraviesa el desarrollo de la actividad: la orientación, la ejecución y el control y evaluación.

La forma en que se concibieron las situaciones problemáticas elaboradas como concreción de la propuesta metodológica, constituyen un recurso didáctico para desde la carrera contribuir a desarrollar la toma de decisiones profesionales, pues conciben la integración de lo académico, laboral e investigativo para enfrentar situaciones problemáticas de la vida laboral que exijan un uso racional de los medicamentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu-Valdivia, O., Pla-López, R., Naranjo-Toro¹, M. y Rhea-González, S. (2021). La pedagogía como ciencia: su objeto de estudio, categorías, leyes y principios. *Información Tecnológica*, 32(3), 131-140. <https://www.scielo.cl/pdf/infotec/v32n3/0718-0764-infotec-32-03-131.pdf>
- Asencio Cabot, E., Évora Larios, E. y Ibarra López, N. (2021). La orientación y control del trabajo independiente en la formación continuada de docentes *Transformación*, 17 (3), 580-604. <http://scielo.sld.cu/pdf/trf/v17n3/2077-2955-trf-17-03-580.pdf>

- Díaz-González, M. E. y Alfonso-Pérez, R. (2022). Los recursos educativos: colaboradores activos en la enseñanza de las Ciencias Sociales. *Luz*, 21(2), 39-47 <https://luz.uho.edu.cu/index.php/luz/issue/view/93>
- Fernández García, A. (2023). Mirada reflexiva sobre la enseñanza de farmacología en la Facultad de Estomatología de La Habana. *Cibamanz*. <https://cibamanz.sld.cu/index.php/cibamanz/2023/paper/download/333/196>
- García Báez, M., Fernández Rodríguez, H., Rodríguez Núñez, L. A. y Alfonso Díaz, O. (2020). La orientación, control y evaluación del trabajo independiente desde el colectivo de año. *Innovación tecnológica (Las Tunas)*, 26(4), 1-7. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/442/4422456018/4422456018.pdf>
- Gutiérrez Moreno, R. B. (2003). Los componentes del proceso pedagógico y su interacción dinámica. Universidad Pedagógica "Félix Varela".
- Milián Vázquez, P. M. (2011). La superación profesional de los docentes de la carrera de medicina para el tratamiento del contenido de la Farmacología. Universidad de Cienfuegos.
- Milián Vázquez, P. M. y López Rodríguez del Rey, M. M. (2010). El perfeccionamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje de la disciplina Farmacología en la formación del médico general: concepciones, retos y perspectivas. *MediSur*, 8(6), 93-97. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180019985015>
- Milián Vázquez, P. M., Cáceres Mesa, M., Bravo López, G., Tejera Sánchez, L., Quirós Enríquez, M., Martín Álvarez, C. (2009). Diagnóstico de la situación del proceso de enseñanza-aprendizaje de la Farmacología Clínica en estudiantes de medicina de una universidad cubana. *Odiseo Revista Electrónica de Pedagogía*, 1(2). <https://odiseo.com.mx/marcatexto/diagnostico-de-la-situacion-del-proceso-de-ensenanza-aprendizaje-de-la-farmacologia-clinica-en-estudiantes-de-medicina-de-una-universidad-cubana/>
- Montes de Oca Recio, N. y Machado Ramírez, E. F. (2011). Estrategias docentes y métodos de enseñanza-aprendizaje en la Educación Superior. *Humanidades Médicas*, 11(3). <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/127/81>
- Noguera Peña, A. y del Castillo Rodríguez, C. (2023). Los medicamentos biosimilares como medicamentos esenciales: reflexiones éticas y legales. *Medicina y Ética*, 34(2), 481-501. <https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n2.05>

- Osorio-Zuluaga, V., López- Patiño, E. T., Arbeláez-Siáchica, M. J. y Pérez-Agudelo, J. M. (2020). Pharmacological learning process in medical students: educational perspectives and dilemmas. Collection of Articles on Pharmacology, Toxicology and Pharmaceutics, 1 URL https://www.scipedia.com/public/Zuluaga_et_al_2020a
- Aldana, S., Cala Calviño, L., Labadié Fernández, S. Sollet Medina, K. R. y Gámez Fernández, Y. (2021). Consideraciones sobre el programa de Farmacología General en el plan de estudio D para la carrera de medicina. MEDISAN, 25(2), 526-543. <https://www.redalyc.org/journal/3684/368466743020/html/>
- Quiroga, E., Hernández, E., Delgado, V. y Villacis, S. (2022). La enseñanza problémica en la universidad médica. Revista Ciencias Pedagógicas E Innovación, 10(2), 136-143. DOI: 10.26423/rcpi.v10i2.534
- Vallejos Narváez, A., Latorre, S. I., Ávila, M. P., Ruano, C. A. Maldonado Arenas, S., Merchán, J. S., Valdés, S. A. y Latorre Montoya, G. (2016). Didácticas innovadoras en el aprendizaje de la Farmacología en estudiantes de medicina. Rev. Hosp. Ital. B.Aires, 36(3), 99-106. https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/26309_99-106-HI3-11-Vallejos%20Narvaez-B.pdf
- Vélez Rueda, Y. y Gil Sánchez, J. (2018). Métodos novedosos de enseñanza en farmacología: eficacia en el aprendizaje en estudiantes de enfermería, medicina y odontología. Artículo de revisión. Corporación Universitaria Adventista. <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/917/Trabajo%20de%20Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Declaración de conflicto de intereses: No existen conflictos de intereses.

**UN ACERCAMIENTO AL DESARROLLO DE LAS JORNADAS CIENTÍFICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD DE VENEZUELA**
**An approach to the development of the scientific conferences
of the University of Health Sciences of Venezuela**

AUTORA

Dra. Tania Bernal Schmelzer¹

¹ Directora General de Creación Aplicación y Socialización del Conocimiento. Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, Venezuela, taniabernal.ucs@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0004-7003-1731>

INTRODUCCIÓN

Como parte de su misión social, la universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (“HChF”) de Venezuela, está orientada a formar profesionales integrales e incorporar a sus estudiantes en el proceso investigativo desde los primeros años de la carrera para desarrollar habilidades investigativas y el pensamiento científico. Además, de fortalecer la capacidad docente en los procesos de investigación y coadyuvar a la modificación de los problemas de salud, el desarrollo social y económico del país (Decreto Presidencial, 2014; Córdoba et al., 2017).

Según lo dispuesto en la Misión Alma Mater, se deben vincular los procesos de formación, investigación y desarrollo tecnológico con los proyectos estratégicos de la Nación dirigidos a la soberanía política, tecnológica, económica, social y cultural. Por ello, uno de los procesos sustantivos establecidos en el Documento Rector de la Universidad de las Ciencias de la Salud “HChF”, es la producción, la sistematización y la innovación en las

Ciencias de la Salud, por lo que se encuentra dentro de sus funciones sustantivas, no solo el desarrollo de la ciencia y la innovación tecnológica en salud, sino también la socialización y producción del conocimiento científico y técnico en salud (Córdoba et al., 2017; Milián y Romero, 2020).

Procesos en los que se encuentran inmersos los docentes y estudiantes de cada uno de los programas nacionales de formación y de formación avanzada que se desarrollan en esta casa de estudio, quienes se vinculan a estas actividades y a la investigación desde el inicio de cada programa y cuyo resultado se constituye como espacios de reflexión e intercambio de saberes y parte de ellos se encuentran reflejados en la presentación y socialización de proyectos sociointegradores, educativos y transformadores (PSIET), trabajos del servicio comunitario, trabajos especiales de grado y en los artículos científicos realizados por los estudiantes de pregrado y posgrado, así como por los docentes de esta Universidad.

La Universidad de las Ciencias de la Salud

“HChF”, en su interés de generar espacios en el Sistema Público Nacional de Salud para el encuentro científico, el intercambio de saberes, la presentación y divulgación del conocimiento de las investigaciones realizadas, cada año se llevan a cabo las jornadas científicas.

Este artículo tiene como objetivo describir los resultados de las jornadas científicas de la Universidad de las Ciencias de la Salud desarrolladas durante el curso escolar 2023.

DESARROLLO

A partir de las ideas antes descritas, se organizaron las “II Jornadas Científicas” como una forma de propiciar la confluencia de las diferentes áreas de investigación, el diálogo reflexivo, corresponsable y crítico, con el objetivo principal de presentar y socializar las experiencias de investigación, la sistematización de experiencias comunitarias y proyectos socioeducativos de profesionales de la salud, estudiantes de pregrado y posgrado, realizadas en el marco del IX Aniversario de la creación de la Universidad de las Ciencias de la Salud “HChF”.

Estas jornadas científicas se realizaron en tres fases. La I fase tuvo lugar en el área de salud integral comunitaria, las cuales se desarrollaron con un calendario nacional en el período comprendido entre el 14 al 26 de junio del año 2023, con la participación de 1511 trabajos de investigación, en tres modalidades: proyectos sociointegradores, educativos y transformadores (PSIET), trabajos del servicio comunitario de los programas nacionales de formación (PNF), así como trabajos especiales de grado, de los programas nacionales de formación avanzada (PNFA).

En el período del 11 al 21 de julio, se desarrolló la II fase, denominada Fase de Núcleos, en la que fueron presentados 484 trabajos, de los cuales se seleccionaron los que participarían posteriormente en la Fase Nacional.

Finalmente, el día 11 de octubre, se llevó a cabo la tercera y última fase de las Jornadas Científicas, efectuada en la ciudad de Caracas, en el marco de la celebración del IX Aniversario de la creación de la Universidad.

Esta tercera fase contó con la presencia de autoridades nacionales y de la propia Universidad de las Ciencias de la Salud, la que se inició con las palabras de apertura del Dr. Carlos Alvarado, Rector de la institución educativa, seguido de la Ministra del Poder Popular para la Educación Universitaria, profesora Sandra Oblitas.

Seguidamente, se realizó una sesión plenaria en la que fueron presentadas ponencias a cargo de invitados nacionales e internacionales como el Dr. Francisco Armada, actual asesor en materia de Tabaco de la Organización Panamericana de la Salud, el Dr. C. Pedro Miguel Milián, de la Misión Médica Cubana, el propio Dr. Carlos Alvarado y la Dra. Tania Bernal, Directora General de Creación Aplicación y Socialización del Conocimiento de la Universidad.

En la jornada vespertina se presentaron los proyectos de investigación realizados por los estudiantes en su último año de formación académica, así como los egresados de los diferentes programas nacionales de formación y programas nacionales de formación avanzada.

En las jornadas se apersonaron los directores de los núcleos docentes, de secretaría y académicos de los 24 estados, así como los jefes de docencia de la Misión Médica Cubana, los directores de Creación, Aplicación y Socialización del Conocimiento; de los programas nacionales de formación y de los programas nacionales de formación avanzada; los coordinadores nacionales de Medicina Integral Comunitaria y de medicina Enfermería Integral Comunitaria, así como una amplia representación de los voceros y sub-voceros estudiantiles.

Un grupo de 61 ponentes participaron en las tres modalidades con: 19 proyectos sociointegrador,

educativo y transformador, 20 proyecto de servicio comunitario de Medicina Integral Comunitaria, y con 22 en la modalidad trabajo especial de grado de especialidad.

Igualmente, asistieron 38 docentes de los diferentes programas nacionales de formación y de los programas nacionales de formación avanzada, quienes fungieron como jurado evaluador de los proyectos presentados. De estos, fueron seleccionados 13 ganadores, correspondientes al primer, segundo y tercer lugar en las cuatro modalidades participantes.

Como un elemento significativo del evento se destaca, el proceso de reflexión post jornadas que condujo a la identificación de fortalezas y debilidades, relativo a la investigación científica en materia de salud colectiva y a la identificación de proyectos en áreas de interés comunitario, así como determinar políticas y estrategias con el fin de establecer prioridades y mecanismos para futuros encuentros

científicos promovidos por esta magna universidad para el fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela.

CONCLUSIONES

El desarrollo de las jornadas científicas de la Universidad de las Ciencias de la Salud "HChF" evidencia la posición de la institución como generadora de conocimientos e innovaciones en torno a líneas interdisciplinarias relacionadas con las Ciencias de la Salud y advierte acerca de las potencialidades de los estudiantes de pregrado, posgrado y docentes como investigadores.

Del mismo modo, permite aseverar que las jornadas científicas constituyen espacios de socialización del conocimiento en los que mediante el intercambio reflexivo se contribuye a fortalecer competencias científicas y dinamizar el desarrollo de las investigaciones en función del Sistema Público Nacional de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Córdova, Y. M., Gómez, O., Martínez, M. E., Mata, R., Núñez, N., Ramos, M., Rodríguez, M., Alvarado, C. Sánchez, G. Y Montenegro, A. Y. (2017). Fundamentación Ético-Epistemológica de la Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías". Universidad de las Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías". https://www.mmcven.sld.cu/cdm/cducs/documentos/comunes/6-DocLegales_UCS/documento-rector.pdf
- Decreto Presidencial No. 1.317. Creación UCS "Hugo Chávez Frías" (2014). Asamblea Nacional de Venezuela. Gaceta Oficial No. 40.514. <https://gacetaoficial.org/2014-10-08-gaceta-oficial-venezuela-40514>
- Milián-Vázquez, P.M. y Romero-Sánchez. M.C. (2020). Contribuciones de la Universidad de las Ciencias de la Salud en Venezuela a la Educación Médica. Medisur, 18(6), [aprox. 3 p.]. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4564>

Declaración de conflicto de intereses: No existen conflictos de intereses.





NORMAS DE PUBLICACIÓN

A. Los autores enviarán sus manuscritos a la Revista Salud Colectiva y Buen Vivir para su valoración mediante un sistema de gestión electrónica de manuscritos

(<https://saludcolectivabv.ucs.gob.ve/index.php/scbv/about/submissions>). Al concluir el envío, el comité editorial revisará si cumple con las normas de publicación para el tipo de artículo específico. En caso que el manuscrito no satisfaga los requisitos, será devuelto al autor de correspondencia para su modificación antes de iniciar el proceso editorial. Una vez que cumpla los requisitos, se le asignará un editor y se le informa mediante un correo electrónico la confirmación del inicio del proceso editorial.

B. Los trabajos se elaborarán siguiendo las normas de la *American Psychological Association* (APA) en su versión más actualizada (séptima) y se considerará la siguiente forma para su presentación: el tamaño de página será Carta, entendido este como 21, 59 cms x 29, 7 cms. Márgenes superior, inferior, derecho e izquierdo de 2,54 cm; letra Times New Roman de 12 puntos, a 1.5 espacio;

alineada a la izquierda y los párrafos con sangría de 5-7 espacios en la primera línea (sangría francesa). El número de página aparecerá 2,54 cm desde el borde derecho superior. Este formato puede preestablecerse en la opción diseño de páginas: márgenes. Los títulos o apartados se colocarán centrados, en negritas y estableciendo solo la primera letra en mayúsculas. Los subtítulos se escribirán en cursivas y se alinearán a la izquierda.

C. Las citas: seguirán el estilo *APA*

D. Declaración sobre conflicto de intereses: los autores incluirán al final de las conclusiones una declaración de la existencia o no de conflictos de intereses relacionados con el artículo.

E. Contribución de los autores según Declaración de taxonomía CRediT (*Contributor Roles Taxonomy*)

F. Conceptualización - Ideas, formulación o evolución de los objetivos y metas generales de la investigación.

G. Curación de datos - Actividades de gestión para anotar (producir metadatos), depurar datos y mantener los datos de la investigación (incluido el código de

software, cuando sea necesario para interpretar los propios datos) para su uso inicial y su posterior reutilización.

H. Análisis formal - Aplicación de técnicas estadísticas, matemáticas, computacionales u otras técnicas formales para analizar o sintetizar datos de estudio.

I. Adquisición de fondos - Adquisición del apoyo financiero para el proyecto que conduce a esta publicación.

J. Investigación - Realización de una investigación y proceso de investigación, realizando específicamente los experimentos, o la recolección de datos / evidencia.

K. Metodología - Desarrollo o diseño de la metodología y creación de modelos.

L. Administración del proyecto - Responsabilidad de gestión y coordinación de la planificación y realización de la actividad de investigación.

M. Recursos - Suministro de materiales de estudio, reactivos, materiales, pacientes, muestras de laboratorio, animales, instrumentación, recursos informáticos u otras herramientas de análisis.

N. Software - Programación, desarrollo de software, diseño de programas informáticos, implementación del código informático y de los algoritmos de apoyo, pruebas de los componentes de código existentes.

O. Supervisión - Responsabilidad de supervisión y liderazgo en la planificación y realización de actividades de investigación, lo que incluye la tutoría externa al equipo central.

P. Validación - Verificación, ya sea como parte de la actividad o por separado, de la replicabilidad / reproducción general de los resultados / experimentos u otros productos de la investigación.

Q. Visualización - Preparación, creación o presentación del trabajo publicado, específicamente la visualización / presentación de datos.

R. Redacción - borrador original - Preparación, creación o presentación del trabajo publicado, específicamente la redacción del borrador inicial (se incluye la traducción sustantiva).

S. Redacción - revisión y edición - Preparación, creación o presentación del trabajo publicado por los miembros del grupo de investigación original, específicamente revisión crítica, comentario o revisión - se deben incluir las etapas previas o posteriores a la publicación.

T. ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES, PAUTAS:

Las condiciones establecidas para la presentación de artículos con un enfoque cuantitativo tendrán la siguiente estructura:

1. **Preliminares:** Datos de identificación del trabajo, Título del artículo: deberá ser representativo del contenido del trabajo, luego resumen del trabajo.

La publicación Salud Colectiva y Buen Vivir, usará el estilo de títulos descriptivos (reseña el contenido de la investigación sin ofrecer resultados). La longitud promedio del título será de un máximo de 15 palabras y al momento de su redacción deberá evitarse el uso de siglas, abreviaturas o frases poco informativas como: aspectos de, comentarios sobre, investigaciones de, estudio de, entre otras. Se recomienda utilizar una voz activa para la redacción del título. El título llevará mayúscula en la letra inicial, además de ir centrado en la página. Los subtítulos se escribirán en cursivas y se alinearán a la izquierda.

2. **Autores:** deberán aparecer identificados con: nombre, apellidos y adscripción institucional o lugar de trabajo para identificar la adscripción asociativa usar números superíndices. Los coautores o autores secundarios se colocan de acuerdo al orden o importancia de su contribución, hasta seis.

3. **Patrocinadores e Instituciones que otorgaron financiamiento:** se indicará el nombre si los hubiere.

4. **Resumen:** cada artículo deberá estar precedido por un resumen informativo presentado en un solo párrafo que no

deberá exceder de 250 palabras, ni contener menos de 150, en idioma español y una versión en alguno de los siguientes idiomas: portugués, francés e inglés. Su estructura deberá sintetizar el propósito del trabajo, el enfoque experimental (materiales y métodos), los nuevos resultados como datos cuantitativos y las conclusiones principales (discusión) en forma breve. Se redactará en tiempo pasado y no se usarán pie de páginas ni abreviaturas.

1. **Cuerpo del trabajo:** Deberá seguir el siguiente orden: introducción, metodología, resultados, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas. Introducción: en ella se establecerá la importancia del tema a nivel internacional, el contexto de desarrollo, propósito de la investigación y el conocimiento actual del tema con una derivación pormenorizada del mismo desde lo general a lo particular, debiendo ir al final de la introducción.

2. **Metodología:** Se redacta en tiempo pasado y debe evitarse el uso de términos ambiguos tales como: frecuentemente, regularmente, periódicamente. Se debe detallar qué se hizo, cuándo y cómo para que la investigación sea susceptible de repetirse, además del software y las pruebas estadísticas utilizadas

3. **Resultados:** consiste en la interpretación de los resultados relacionarlos al conocimiento existente,

deben presentarse de forma clara y concisa. Las tablas y figuras solo deben usarse cuando sea necesario para la comprensión efectiva de los datos, significando que de usarse tablas no deben de ubicarse gráficos o viceversa.

4. **Discusión:** comparar hallazgos con otros autores que han investigado sobre el tema en discusión. En esta sección se debe incluir juicios de valor de los autores, recomendaciones y sugerencias para investigaciones futuras. Se puede colocar la interpretación encima de la tabla y la comparación con otros autores y emisión de juicios de valor debajo de la misma.

5. **Referencias bibliográficas:** deben incluirse en el texto cuidando de ponerlas entrecomilladas o con una letra cursiva para distinguirlas del texto original y cada cita corresponderá a un solo documento, para efectos de la Revista se utilizarán las normas de la Asociación Americana de Psicólogos (APA) en su versión más actualizada y se ordenan alfabéticamente al final en este acápite.

6. **Conflicto de intereses:** Los autores deberán declarar la existencia o no de Citas: se hacen generalmente de textos que apoyan una afirmación o calaran una hipótesis de trabajo, además de especificar el consentimiento del resto de los autores para entrar en proceso de arbitraje.

5. **Abreviaturas:** deben evitarse o usarse lo menos las definidas o desarrolladas cuando se mencionen por primera vez, además de incluirse referencias a documentos publicados, que contengan información relevante de los cuales el autor tenga conocimiento directo y que hayan sido discutidos o señalados en el texto independientemente de su soporte. Aclarar que para las revistas la actualización estará dentro de los últimos cinco años y para los libros diez.

Los criterios de referenciado:

Las normas APA séptima edición.

Las Ilustraciones y tablas: las ilustraciones deben presentarse numeradas consecutivamente usando números arábigos y agrupados después de la sección de referencias. Se deberá citar el origen de los datos que contienen e indicarse su posición en el texto del trabajo. Mapas y gráficos deberán presentarse en formato JPEG. Las tablas y gráficos elaborados en formato doc o txt, podrán incluirse directamente en el texto sin necesidad de colocarlo en página aparte.

Figuras: Todas deben citarse en el cuerpo del documento, considerando en orden numérico e indicarse su posición en el cuerpo del trabajo. Cada una deberá tener una leyenda que explique claramente su contenido y desarrolle las abreviaturas y códigos.

6. **Agradecimientos:** Se colocarán al final del texto principal y deben incluir los nombres y adscripción institucional de aquellos a los que se agradece, así como el tipo de colaboración prestada.

7. **Anexos:** el material complementario pero esencial de un trabajo se recogerá en anexos. Estos se colocarán al final y no son obligatorios.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

1. **Título.** Debe ser corto y atractivo, anticipar el tema, ubicarlo en español e inglés, no más de 15 palabras.

2. **Autores.** Respecto a la cantidad de autores, hasta tres es lo usualmente aceptado. Si desean incluir más, deberán enviar una nota justificando el motivo por el cuál necesitaron más personas en el rol de autores.

3. **Introducción:** en este apartado se ofrece información general sobre el tema a tratar, contextualización del tema, para establecer el punto de partida de la cuestión sobre la que se ha elegido investigar.

4. **Objetivo:** tendrán que comenzar siempre con un verbo en infinitivo y tiene que ir acorde con la finalidad que persigue el trabajo. Es preferible tener sólo uno a dos objetivos.

5. **Metodología:** en el caso que sea una revisión bibliográfica sistemática las

principales bases de datos serán Google Académico, Pubmed, Scielo o Medline, puntualizando que deben referenciarse al menos 50 documentos.

6. **Resultados:** se trata del apartado más extenso, ya que es donde se aportarán los resultados descritos en los documentos encontrados.

7. **Conclusión:** se trata de realizar un resumen breve de todo lo leído y escrito en los apartados anteriores, aportando una reflexión sobre el tema en cuestión. Es beneficioso resaltar los puntos fuertes y débiles de la investigación, especificando para el caso de este apartado que no se reiterarán los resultados y que debe responder al objetivo inicialmente planteado.

8. **Referencias bibliográficas:** en la bibliografía tenemos que adjuntar la información de aquellos documentos de donde se ha extraído la información, se ordenarán alfabéticamente.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS:

Título. Debe ser corto y atractivo, anticipar el tema, con no más de 15 palabras.

Autores. Respecto a la cantidad de autores, hasta tres es lo usualmente aceptado. Si desean incluir más, deberán enviar una nota justificando el motivo por el cuál necesitaron más personas en el rol de autores.

Filiación. Hace referencia al lugar de vinculación de los autores. Si bien en algunas revistas científicas se solicita el grado académico, en ninguna se pide indicar el cargo (profesor, jefe, residente, etc.). Generalmente se aceptan hasta dos filiaciones por autor. Si alguno tiene más de dos lugares de filiación (por ejemplo, un hospital y un centro privado) se debe colocar en primer lugar la filiación que el autor considere de mayor relevancia para el trabajo que presenta.

Autor responsable. Si bien todos los coautores se hacen corresponsables tanto de los éxitos como de los fracasos, la interacción del comité editorial se hará siempre solo con el autor responsable (que es quien representa al resto). A su vez, se solicita al menos un correo electrónico y, frecuentemente, también dirección y teléfono de contacto para que aquellos lectores que lo deseen puedan expresar sus comentarios al autor responsable.

Resumen. Generalmente es de 150 palabras, aunque lo máximo es de 250 palabras, las palabras clave. Al menos tres palabras o frases que permitan indexar el trabajo y facilitar su posicionamiento en futuras búsquedas electrónicas.

Es válido significar que el texto completo del trabajo. Generalmente, la extensión total, que va desde la introducción hasta el

final de la discusión/conclusión, debe ser de 1500 a 2000 palabras. Debe estructurarse específicamente de tres apartados: introducción, caso clínico y discusión. Esta última debe finalizar con una conclusión explícita que, se solicita se exprese como un nuevo apartado. También hay que agregar: listado de referencias, agradecimientos y leyendas. A continuación, se describirán los aspectos mínimos y fundamentales de cada uno.

Estructura del informe:

1. Introducción. Contar brevemente los antecedentes del tema. Debe justificar por qué se va a contar este caso, o sea, qué tiene de particular/original. Plantear el objetivo, que es *presentar un caso de...* Hacerlo en no más de 3 a 4 párrafos. Debe ser breve y concreta (más adelante, tendrá lugar para "Discutir" su caso).

2. Caso clínico. Describir al máximo, sobre todo en el primer borrador que escriban y que luego podrán ir puliendo y depurando.

Estos detalles son los que siempre deben estar puesto que ayudarán a contextualizar correctamente el manuscrito, haciéndolo interesante e individualizado, independientemente que se proteja la identidad del paciente acorde a los principios éticos establecidos.

3. Discusión. Se debe discutir sobre el caso presentado directamente. La discusión no es un repaso de la bibliografía, sino que es el momento y lugar donde los autores explican lo novedoso, curioso o atractivo del caso y lo comparan con lo que otros autores han publicado al respecto. También, es donde los autores pueden “opinar” sobre su caso. En este ítem también podrán resaltar lo más original del trabajo (será su fortaleza), contrastarlo respecto lo que hay en la literatura y expresar que le faltó a su caso, como por ejemplo una prueba más para poder establecer un diagnóstico de certeza (lo que será una potencial debilidad). Tras expresar las debilidades del presente trabajo, es de buena práctica que los autores expresen también cómo se podrían mejorar.

4. Conclusión. Puede estar al final dentro del apartado *Discusión*, en un último párrafo que diga directamente “En conclusión...”. O directamente en un nuevo apartado llamado “Conclusiones”. Pero siempre debe haber un cierre, por constituir el momento donde los autores expresan que dejó el caso expuesto. Es la recapitulación que los autores han elaborado tras haber presentado y posteriormente discutido el caso. Es el mensaje final que van a dejar a otros especialistas en el tema.

Bibliografía: es todo lo que el autor leyó en relación al caso, acotada en normas APA versión séptima. En tanto las referencias son los trabajos seleccionados entre toda esa bibliografía leída. Bibliografía y referencias no son lo mismo. Las referencias son esas lecturas que el autor señalará como prioritarias a los lectores colegas que desean profundizar sobre el tema.

Es de buena práctica que se utilicen textos clásicos que abordan la temática, pero también que sean actuales, para los libros 10 años y para las revistas 5 años.

ARTÍCULOS DE POSICIÓN:

El objetivo de escribir un artículo de posición es defender una postura sobre una cuestión determinada, se basa fundamentalmente en un texto argumentativo respecto a un tema.

Mediante este tipo de artículo, el autor proporciona evidencias que demuestran la idoneidad de su postura, teniendo como propósito persuadir a la audiencia y, demostrar el conocimiento del autor sobre el tema.

Los autores de este tipo de artículos deben ofrecer el análisis de las posturas controversiales

Permiten definir estrategias y posibles acciones asociadas a la postura asumida.

Longitud por cada tema: Mínimo 500 palabras y máximo 800, para facilitar su lectura o distribución.

Estructura

1. **Introducción:** expone la importancia del tema y del debate. También incluye información preliminar para otorgar un contexto al lector.

2. **Cuerpo o desarrollo:** exposición de los argumentos. La exposición del argumento y la explicación basada en evidencias son clave.

Cada párrafo debe tener una idea, y al menos una evidencia en la que se sostenga.

3. **Conclusión:** resume todos los puntos y repite la tesis. Es importante remarcar la posición asumida en el párrafo final

4. Referencias: son fundamentales para que el lector perciba transparencia y pueda verificar las informaciones que se proporcionan. Se redactarán según normas APA séptima edición.

RESEÑAS

Estructura del informe:

El **título** incluye el título de la obra, el nombre del autor, ORCID, filiación institucional, lugar de edición, la fecha de publicación.

Resumen

Descripción del elemento a reseñar ya sea documento, libro o personalidad, el autor, la

obra y sus técnicas. Hay dos subcategorías obligatorias; el contenido y las fuentes.

Introducción: en ella se establecerá la importancia del tema a nivel internacional, el contexto de desarrollo, propósito de la experiencia en el contexto educativo.

En el caso de la reseña de un libro en el primer párrafo se declara el nombre del libro, el porqué es pertinente, importancia y estructura.

Desarrollo: se mencionan investigaciones que el autor llevó a cabo para elaborar esta obra, o los pasos que siguió para recopilar las ideas que originarían la obra descripción sintetizada de cada parte, se comentan los temas tratados en la obra, de forma descriptiva, breve y clara.

Conclusiones:

Es una de las partes más importantes de la reseña, pues incluye la valoración personal del reseñador sobre los aciertos y limitaciones del tema que aborda.

Generalmente se hace una crítica positiva.

Referencias

Es importante que la reseña incluya las referencias bibliográficas consultadas, a fin de darle validez al artículo y situar en el tiempo y el espacio la obra analizada.

NOTAS CULTURALES

Un texto breve con aproximadamente entre 500 y 800 palabras que logre jerarquizar la información según su relevancia, centrandose

la atención de los lectores hacia la información importante que resume la noticia.

Se redacta sin declarar sus partes, es decir en bloque.

Su estructura es:

El título: debe ser preciso y conciso, no más de 15 palabras.

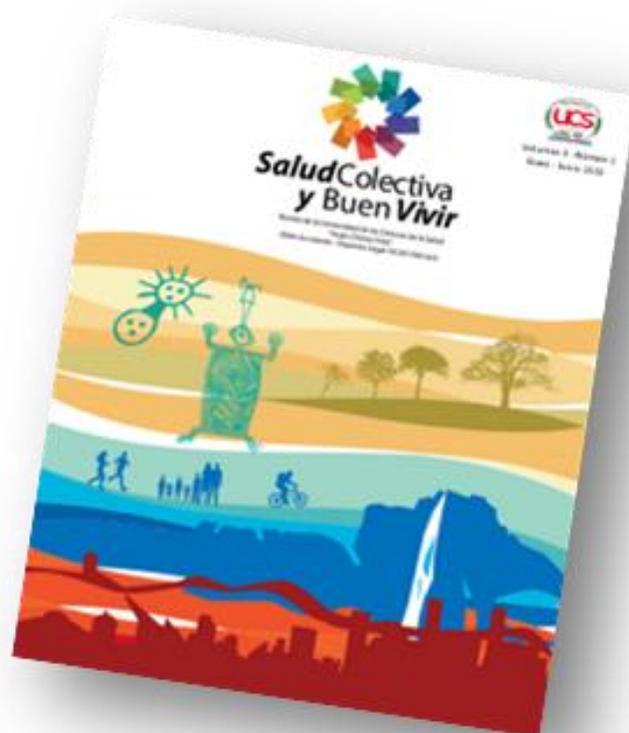
La entradilla: conocida como *lead* (del inglés “guía”), un primer párrafo del texto, en el que se concentran los datos más relevantes de la noticia.

El cuerpo: donde ocurre el desarrollo y profundización de la entradilla, y se avanza en la exposición de la noticia.

El cierre o remate: que no es más que una conclusión, en donde se añaden ideas secundarias o se brinda al lector información suplementaria.

Bibliografía

Se debe declarar las fuentes de donde se extrajo la información.





Universidad de las Ciencias de la Salud en cada rincón de la patria
Estado Amazonas, Venezuela



Ministerio del Poder Popular
para **Educación Universitaria,**
Ciencia y Tecnología

Ministerio del Poder Popular
para la **Salud**

Universidad de las Ciencias
de la **Salud "Hugo Chávez Frías"**